

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1895

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 25 JUILLET 1895

Par le Dr W. CAZENAVE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 26 AVRIL 1863, A LONDRES (ANGLETERRE).

DES TUMEURS PAPILLAIRES DE L'OVAIRE

AVEC MÉTASTASE PÉRITONÉALE

(Considérations anatomo-pathologiques et opératoires)

Président : M. le professeur LE DENTU.

Juges { M. PANAS, professeur.
 { MM. BRUN et NELATON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, Rue Racine, 3

1895

514

DES TUMEURS PAPILLAIRES DE L'OVAIRE

AVEC MÉTASTASE PÉRITONÉALE

(Considérations anato-mo-pathologiques et opératoires.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1895

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 25 JUILLET 1895

Par le Dr W. CAZENAVE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉ LE 26 AVRIL 1863, A LONDRES (ANGLETERRE).

DES TUMEURS PAPILLAIRES DE L'OVAIRE

AVEC MÉTASTASE PÉRITONÉALE

(Considérations anatomo-pathologiques et opératoires)

Président : M. le professeur LE DENTU.

Juges { M. PANAS, professeur.
 { MM. BRUN et NELATON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, Rue Racine, 3

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	(DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	(DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBENE.
	STRAUS.
	(SEE (G.).
Clinique médicale.....	(POTAIN.
	(JACCOUD.
	(HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND
	(DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	(LE DENTU.
	(TILLAUX.
	(BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	(TARNIER.
	(PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, VERNEUIL

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

J'offre ce travail comme un bien faible témoignage de
ma profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A LA MÉMOIRE DE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

MEMBRE DE L'INSTITUT

(Externat 1887. Internat 1891)

A LA MÉMOIRE DE

M. LEGROUX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

(Stage 1886)

M. VERNEUIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA Pitié

(Externat 1887)

M. CUFFER

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TENON

(Externat 1888)

M. POLLAILLON

CHIRURGIEN DE LA Pitié

(Stage 1886. Externat 1889)

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HÔTEL-DIEU

(Internat 1891)

M. LANDRIEUX

MÉDECIN DE LARIBOSIÈRE

(Internat 1891)

M. POZZI

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA

(Internat provisoire 1890. Internat 1893)

M. GINGEOT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

(Internat 1894)

MM. BAZY, DELBET, GILBERT, JALAGUIER, LEGENDRE,
LEJARS, PEYROT, PICQUÉ, QUEYRAT, RICARD,
VARNIER.

A M. LE Dr S. POZZI

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA.

CHER MAÎTRE,

C'est pour moi un devoir bien doux que de pouvoir aujourd'hui vous remercier pour toutes les marques d'intérêt que vous m'avez témoignées et pour la confiance dont vous avez bien voulu m'honorer. Permettez-moi, cher Maître, de vous dédier ce travail que j'ai fait sur vos savants conseils. Veuillez le considérer comme un hommage de mon profond respect et de mon sincère dévouement.

Dr W. CAZENAVE.

15 juillet 1895.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL NECKER.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Lorsqu'on veut partager les tumeurs de l'ovaire en tumeurs bénignes et malignes, on se trouve très embarrassé pour classer les tumeurs papillaires de l'ovaire. En effet, on trouve une différence très grande, suivant les cas, entre leur nature anatomique et leur nature clinique. Tantôt l'accroissement de ces tumeurs est lent et elles ne réagissent nullement sur l'organisme; tantôt on observe un développement rapide et une cachexie précoce. On peut d'autre part observer des guérisons durables après leur ablation, comme on peut aussi assister à une récurrence rapide avec terminaison fatale dans un temps restreint. La plupart des auteurs classent les tumeurs papillaires dans les tumeurs malignes; quelques-uns les considèrent comme de véritables carcinomes. Ces différences de conception expliquent, en partie du moins, les nombreux exemples de carcinome de l'ovaire qu'on trouve décrits dans la littérature allemande et américaine, tandis que la littérature française en est comparativement pauvre.

Pfannenstiel qui a fait sur ces tumeurs des recherches très consciencieuses, se demande si on n'a pas trop souvent conclu sans motifs histologiques suffisants à la nature carcinomateuse de ces tumeurs et il se demande pourquoi. Cet auteur ajoute qu'il n'a pas encore été prouvé que les néoformations papillaires de l'ovaire dussent forcément être du cancer, et il y a des faits incontestables, où : 1° malgré l'existence de papillomes, datant de plusieurs années, le

péritoine n'était point envahi et où : 2° lorsque cette invasion eut lieu, elle n'a pas entraîné forcément la mort de la malade.

Nous nous proposons dans notre travail d'étudier les tumeurs papillaires de l'ovaire et plus particulièrement celles qui présentent de bonne heure des végétations externes (papillome de la surface de certains auteurs). Par leur structure, elles entrent dans la catégorie des tumeurs solides, car les cavités kystiques y sont peu développées et comblées de végétations. Elles semblent s'accompagner de métastase péritonéale précoce. Sans doute ces tumeurs ne constituent qu'une variété clinique et non anatomo-pathologique ; mais il nous semble qu'elles présentent, pour le chirurgien, un intérêt particulier par leur marche rapide à une certaine période de leur évolution, et par leur tendance plus grande à infecter le péritoine. Elles réagissent alors d'une façon néfaste sur l'organisme et créent au bout d'un temps relativement court une véritable cachexie. — Localement, ces tumeurs sont caractérisées par des tendances destructives qui rendent leur ablation toujours laborieuse et souvent dangereuse. A distance, on les voit donner lieu à une infection péritonéale, à de véritables greffes qui présentent les mêmes caractères morphologiques et la même action destructive. On a donné à cette infection péritonéale le nom impropre de métastase.

Dans certains cas plus rares, mais aussi beaucoup plus malins, on voit ces tumeurs évoluer comme de véritables carcinomes donnant lieu à la fois à de graves lésions de propagation et à de véritables *métastases* se faisant par la voie lymphatique et sanguine. Tandis que la première catégorie de ces tumeurs donnent à l'opérateur des succès fréquents avec des guérisons durables, même dans des cas qui semblent désespérés ; les tumeurs de la seconde possèdent, au contraire, une exquise malignité et amènent un dénouement fatal, rapide, malgré l'intervention.

Il est donc probable qu'il existe là deux variétés anatomiques distinctes ; mais aujourd'hui encore, malgré de patientes recherches, on ne peut de par l'anatomie pathologique, assigner des caractères vraiment distinctifs à ces

différentes variétés. En un mot, on ne sait pas encore quand l'épithélioma mucoïde (**Malassez** et de **de Sinéty**) auquel on adonné aussi les noms de kyste prolifère papillaire (**Pozzi**) de cysto-épithélioma (**Segond**), d'adénome papillaire (auteurs allemands) devient un véritable carcinome, on ne connaît pas davantage les lois qui président à cette transformation.

En France, depuis les travaux de **Malassez** et de **de Sinéty**, on admet que les tumeurs papillaires seraient de même nature que les kystes ovariens ordinaires qui sont des tumeurs épithéliales. La seule différence existerait dans la prédominance de développement du stroma ou des parties épithéliales. **Quénu** accepte en entier cette conception et dit que le processus de prolifération est le même, qu'il se fasse en profondeur ou en surface. Nous pensons néanmoins avec **M. Pozzi** qu'il n'est pas inutile de distinguer les « néoplasmes « où la végétation principale provient de l'épithélium « (*K. prolifère glandulaire*) et ceux où c'est surtout le tissu « conjonctif de la paroi qui se développe et se projette sous « forme de végétations (*V. prolifère papillaire*) » ; en effet « la « physionomie du néoplasme change considérablement suivant la prédominance de vitalité de tel ou tel tissu ». Nous verrons plus loin que la majorité des auteurs admettent la même histogénie pour ces deux variétés, et cependant comme le dit fort judicieusement **M. Pozzi** « cette communauté d'origine ne satisfait pas entièrement l'esprit. Comment se rendre dès lors compte des différences qui séparent « ces deux ordres de néoplasmes, et des caractères si spécifiques des néoformations papillaires ? Comment expliquer « la fréquence de leur bilatéralité, de leur inclusion sous-séreuse, enfin leur plus grande malignité ? Il n'est point « douteux que ce point n'appelle encore de nouvelles « recherches. »

Nous essayerons donc notre chapitre d'anatomie pathologique de résumer de notre mieux, les opinions les plus récentes émises sur ces différents points. Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut surtout retenir, c'est que si les tumeurs papillaires peuvent rester indéfiniment bénignes, elles ont aussi une tendance très grande à subir à une certaine période de leur

évolution la transformation maligne. Cette tendance à la malignité est beaucoup plus marquée que celle des kystes glandulaires qui existe néanmoins, ainsi que l'a démontré **Poupinel**. Terminons en disant qu'au point de vue pratique il en résultera des indications opératoires que nous aurons à formuler.

C'est à la suite d'un cas particulièrement intéressant, et pour lequel **M. Pozzi** a dû faire quatre interventions pour amener la guérison, que notre maître, dont nous avons l'honneur d'être l'interne, nous a conseillé de faire de ce sujet l'objet de notre thèse inaugurale. Il a bien voulu nous aider de ses savants conseils et mettre à notre disposition les nombreuses observations de son service.

Nous tenons à remercier sincèrement **M. Pozzi** de cette nouvelle marque de bienveillance.

Nous avons pu ainsi recueillir des exemples variés et du plus grand intérêt de ces tumeurs. En effet, presque toutes les opérées ont pu être suivies depuis leur sortie de l'hôpital, quelques-unes ont été revues par nous dernièrement. Nous avons pu ainsi consigner avec soin des résultats opératoires éloignés, bien précis, tels que nous aurions voulu les trouver en plus grand nombre, au cours de nos recherches.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — HISTOGÉNIE.

Nous nous sommes proposés dans ce chapitre de faire une étude anatomique succincte des tumeurs papillaires de l'ovaire, c'est dire que nous nous attacherons surtout à montrer les résultats dûs aux travaux récents. Malgré de patientes et de savantes recherches, il faut avouer qu'il reste encore bien des points à élucider dans la pathologie de ces tumeurs, et qu'on ne saurait, dans bien des cas, par l'examen histologique, préjuger de leur malignité ou de leur bénignité.

CONFORMATION EXTÉRIEURE. — Les tumeurs papillaires de l'ovaire sont des néoformations épithéliales, dont le stroma conjonctif qui sert de substratum, est également le siège d'une prolifération active. Les tumeurs kystiques prédominent en général : ce sont également les plus volumineuses. D'après **Olshausen**, leur volume, qui est en rapport avec le développement de la poche kystique, peut atteindre le volume d'une tête d'enfant, d'adulte; rarement plus. Ces tumeurs sont toujours multiloculaires; dans 1/3 des cas observés par **Pfannenstiel**, elles étaient uniloculaires. Mais par un examen attentif, on constate à la coupe des petites cavités secondaires en voie de régression. Il semble qu'on ait affaire dans ces cas, à des tumeurs mixtes où la prolifération glandulaire l'emporte sur la prolifération papillaire. Ces kystes présentent comme les autres variétés des végétations externes; mais le nombre de celles-ci est en

général, en raison inverse du développement du kyste. Nous ferons remarquer, en outre, que ces végétations externes siègent de préférence dans le voisinage du hile de la tumeur.

La seconde variété des tumeurs papillaires constitue de véritables tumeurs solides ; elles sont proportionnellement plus rares que les précédentes, mais beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait jadis. Leur volume est beaucoup plus petit que celui des néoplasmes précédents ; elles dépassent rarement les limites du bassin et les plus grosses atteignent à peine le volume d'une tête d'enfant. Nous verrons plus loin qu'elles sont de la même nature que les kystes papillaires. Aussi ces tumeurs végétantes (papillome de la surface des auteurs allemands) ne peuvent être considérées comme des tumeurs solides qu'à un point de vue anatomique grossier. En effet, on trouve toujours dans leur pédicule des petites cavités remplies d'excroissances papillaires, et lorsque les deux ovaires sont atteints il n'est pas rare de trouver d'un côté un kyste papillaire et de l'autre une tumeur végétante solide. Par leur conformation extérieure, ces tumeurs rappellent tout à fait l'aspect d'un chou-fleur.

A côté de ces deux variétés morphologiques principales, il en existe une autre beaucoup plus rare qu'il nous faut signaler. Ici encore la tumeur est végétante et papillaire, mais les dimensions sont beaucoup plus petites ; l'ovaire à peine augmenté de volume et non déformé présente une surface verruqueuse. On a donné à cette variété le nom de *papillome superficiel* de l'ovaire (Warty ovary des anglais). **Prochaska** a été le premier à décrire cette altération, qui fut considérée pendant un certain temps comme le résultat d'une prolifération papillaire primitive de l'épithélium germinatif. **Gusserow**, **Coblenz**, **Marchand** en ont cité des exemples. Nous avons eu l'occasion d'en observer un joli spécimen dans le service de notre maître M. **Pozzi**. On sait aujourd'hui que ces papillomes superficiels sont de même nature que les précédents, et qu'ils ont le même mode de développement. Si toutefois, dit **Olshausen**, on veut admettre une prolifération primitive, on pourrait à la rigueur invoquer comme cause une irritation venue de la trompe.

G. Patton caractérise fort bien ces tumeurs lorsqu'il dit qu'elles ressemblent à un ovaire qui enduit d'une matière visqueuse aurait été soupoudré d'un sable sec et fin.

VÉGÉTATIONS. — Si nous examinons plus attentivement la surface externe de ces tumeurs, nous voyons qu'elle est couverte de saillies papillaires, rappelant assez bien soit la forme de verrues très développées, soit celle d'un chou-fleur. Les caractères morphologiques de ces végétations présentent suivant les tumeurs, et même suivant les régions d'une même tumeur de très grandes variétés de forme, de siège, d'agglomération et de volume.

« La couleur et la consistance de leur tissu présentent également de grands variétés. Tantôt transparents à la façon de môles hydatiformes, tantôt rouges et charnues à la façon des fongosités, elles sont d'autres fois blanc-grisâtres et fibreuses comme des papillomes vasculaires, comme des angiomes, ou enfin d'aspect glandulaire. Les différentes formes macroscopiques peuvent exister sur la même tumeur quoique le plus souvent un certain type prédomine » (**Mallassez et de Sinéty**).

Tantôt les végétations sont molles, friables et saignent facilement; tantôt elles sont résistantes, dures, comme cartilagineuses, et on peut alors les séparer sans presque occasionner d'hémorrhagie. Leur couleur varie d'un blanc nacré à un rouge foncé et même noirâtre. Ces différences de coloration semblent être en rapport avec le degré de vascularisation qui est toujours extraordinairement riche. Aussi n'est-il pas rare de trouver au niveau des papilles très colorées des traces d'une hémorrhagie récente ou ancienne. Quelquefois, les végétations sont jaunâtres; cette couleur est due soit à une dégénérescence graisseuse, soit à une infiltration calcaire (**Virchow**). Il faut savoir que cette infiltration de sels de chaux peut exister dès le début de ces tumeurs.

K. Thornton, Olshausen, considèrent cette infiltration comme le résultat d'un processus de régression, tandis que **Pfannenstiel**, se basant sur leur présence à toutes les périodes, considère ces dépôts calcaires comme des produits non utilisés en un point où l'afflux sanguin est exagéré; et

il les compare à des dépôts semblables observés sur certaines membranes très vasculaires (la pie-mère et l'arachnoïde par exemple).

L'agglomération et le mode d'implantation des végétations présentent aussi de grandes variétés. Les unes sont isolées comme dans les grands kystes papillaires, et leur volume varie d'un grain de millet à celui d'un gros bourgeon fongueux, du volume d'un champignon. Les unes sont sessiles, les autres adhèrent par un pédicule plus ou moins long et large. Tantôt ces végétations sont formées par l'agglomération de ramuscules, déliés, papilliformes, formés, eux aussi de bourgeons dendritiques plus petits, et dont l'ensemble donne à la surface un aspect tantôt lisse et velouté (petites végétations en plaques) tantôt mamelonné et granuleux (végétations en verrue, et chou-fleurs). Ces végétations peuvent recouvrir la surface entière de la tumeur et s'étendre sans ligne de démarcation nette sur le péritoine pelvien qui couvre les organes voisins; c'est là la disposition habituelle des tumeurs végétantes.

Les végétations secondaires dues à la propagation ou à la dissémination présentent les mêmes caractères morphologiques, avec cette différence qu'elles sont plus blanchâtres et en général moins vasculaires.

SIÈGE. — CONNEXIONS. — PROPAGATION. — Les trois quarts de ces tumeurs sont bilatérales (**Olshausen**, **Pfannens-tiel**, **Lerch**) et un grand nombre se développent sous le péritoine. Quelques auteurs admettent leur situation extra-péritonéale comme la règle (**A. Doran**). A notre avis, il nous semble plus juste de dire que bon nombre des kystes papillaires sont intra-ligamentaires mais aussi que ce siège n'est souvent que secondaire. Ceux de la première catégorie sont des tumeurs papillaires provenant des débris du corps de Wolf et du canal de Gartner.

Pour les tumeurs papillaires provenant de l'ovaire, ce siège n'est pas la règle, et n'est qu'accidentel. En effet, par leur tendance à se propager en surface, et par leur processus destructif, ces tumeurs ne tendent pas à se pédiculiser. Or qu'il se produise un kyste dans la partie profonde du néo-

plasme, que se passe-t-il ? Au-dessus il existe un tissu dur, peu élastique, adhérent par ses bords; au-dessous, au contraire, se trouve un tissu cellulaire lâche, qui lui ne résiste pas. Le kyste augmente de volume, écarte peu à peu les plis du ligament et se dirige vers le plancher pelvien. Ce n'est là qu'une simple hypothèse, mais elle nous semble très admissible.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs végétantes contractent de bonne heure des adhérences avec le péritoine et le tissu cellulaire pelvien. Elles seront de ce fait peu mobiles; très souvent on les trouve accolées à l'utérus avec lequel elles semblent faire corps. Cet organe est souvent repoussé d'un côté et attiré en haut. Il n'est pas rare de le trouver alors immobilisé comme dans certaines suppurations pelviennes. A mesure que les végétations externes se développent elles se propagent sur le péritoine pelvien qu'elles détruisent, sur l'utérus qu'elles peuvent arriver à cacher complètement.

Ce développement est parfois très lent, mais il arrive un moment où la cavité pelvienne est obstruée soit par les végétations intra-péritonéales, soit par le développement de la partie intra-ligamentaire qui repousse le cul-de-sac de Douglas en haut. Cette seconde partie se met ainsi peu à peu en rapport avec le tissu cellulaire pelvien, et les organes qui y siègent. On peut facilement concevoir combien seront sérieuses les conséquences de ces nouveaux rapports, si au lieu de rester kystique, cette partie sous-péritonéale se rompt et végète à son tour.

On a vu dans ces conditions les végétations entrer en rapport direct avec le rectum, les os du bassin, les larges vaisseaux qui y passent; et peu à peu au simple contact succèdent des adhérences avec pénétration des tissus. Ces rapports montrent combien peuvent être difficiles et dangereuses les manœuvres de décortication.

Dans certains cas on a vu ces tumeurs, poursuivant leur développement sous-péritonéal, pénétrer dans le repli du mésocôlon-iliaque et arriver en contact direct avec l'intestin. D'autres fois elles se dirigent en avant et viennent se mettre en contact avec la vessie et la paroi abdominale. Malgré les tendances envahissantes et destructives de ces végétations,

on a rarement signalé la perforation du rectum, de la vessie.

Oliver signale cependant une observation où à l'autopsie d'une malade, on trouva une double perforation de la vessie et du côlon iliaque par une tumeur papillaire. Il en était résulté une fistule vésico-intestinale et une péritonite mortelle. Il faut donc savoir que les végétations peuvent causer des altérations allant jusqu'à la destruction complète des tuniques intestinales et vésicales, et ceci que le développement soit sous ou intra-péritonéal. **Playfair** cite un cas où une malade succomba à une hématocele abondante occasionnée par une tumeur végétante pelvienne qui avait intéressé des vaisseaux d'un certain calibre. Les tumeurs papillaires se propagent enfin quelquefois aux trompes, qu'on trouve alors oblitérées et remplies de papilles (**Pozzi, A. Doran**). Cet auteur et **Dolériss** ont même signalé des papillomes primitifs de la trompe.

Les tumeurs papillaires de l'ovaire sont quelquefois franchement pédiculées, mais cela est rare et le pédicule est toujours large. Le plus souvent, par leur volume et par les adhérences qu'elles contractent avec les tissus, ces tumeurs restent pelviennes et en se développant, donnent lieu à des troubles de compression vasculaire, nerveuse etc. **Drysdale** signale un cas où la compression du rectum était telle qu'il a assisté à une obstruction intestinale.

INFECTION INTESTINALE A DISTANCE. — GREFFES ET MÉTASTASES. — Nous venons de voir que les tumeurs végétantes de l'ovaire ont une grande tendance à envahir et à détruire les tissus avoisinants. Ceci s'explique en partie par ce fait que les végétations papillaires sont le siège d'une prolifération épithéliale très active et d'une très riche vascularisation et aussi par ce fait qu'elles sont dépourvues de revêtement séreux. Aussi il n'est pas étonnant d'observer souvent et quelquefois dès le début des adhérences avec les organes de la cavité pelvienne, et en particulier avec l'intestin grêle et le grand épiploon. Dans ces conditions il n'est pas rare de constater simultanément des lésions inflammatoires et des proliférations papillaires secondaires. Celles-ci se développent

en présentant les mêmes caractères macroscopiques et histologiques que les végétations qui leur ont donné naissance.

Plus tard on trouve des productions papillaires disséminées sur le péritoine dans des régions très éloignées de la tumeur primitive. C'est ainsi qu'on rencontre des végétations sur l'intestin grêle, le péritoine pariétal, le mésentère, la face inférieure du foie, sur la rate et la face péritonéale du diaphragme. Ces productions disséminées conservent les mêmes caractères et occasionnent à leur tour les mêmes altérations que la tumeur ovarienne. Le volume de ces néoformations est fort variable, et va d'un grain de millet à la grosseur d'une noisette et même d'un œuf de poule. Elles sont en général peu colorées, assez dures et peu vasculaires. Quand elles ne sont pas très développées on peut les arracher sans crainte d'hémorrhagie.

Les auteurs ne sont pas d'accord pour expliquer ces localisations secondaires. Néanmoins aujourd'hui on ne les considère pas comme des vraies métastases, mais comme le résultat d'une greffe de parcelles détachées de la tumeur ovarienne et qui auraient été apportées dans les différentes régions signalées plus haut par les mouvements péristaltiques de l'intestin. Nous croyons qu'on doit aussi invoquer l'action de l'ascite qui existe toujours à des degrés variables dans les tumeurs papillaires de l'ovaire. Nous n'avons pas trouvé son influence citée dans les livres.

Virchow a donné à cette métastase le nom de dissémination, **Coblenz** celui de transplantation, **Freund** et d'autres le nom d'implantation; le mot *greffe* nous semble bien répondre au mécanisme de développement de ces productions. Ces greffes peuvent à leur tour donner lieu à des complications : on a signalé notamment des exemples d'occlusion intestinale et même de perforation de l'aorte dans un cas de greffe développée dans l'épaisseur du mésentère (**Friedrich M.**)

La cavité péritonéale est donc le lieu de prédilection de ces tumeurs secondaires, et surtout le cul-de-sac de Douglas, point déclive où on peut observer simultanément des lésions de propagation et de greffe.

Ces métastases ont été jugées différemment par les auteurs au point de vue du pronostic. Pour les uns elles revêtent au

maximum le caractère de malignité ; pour d'autres ces greffes constitueraient une simple complication exposant à la récurrence. En un mot les greffes ne sont pas fatalement un indice de malignité. En effet, on voit que ces tumeurs secondaires peuvent rester stationnaires indéfiniment, se flétrir et même disparaître après l'ablation de la tumeur ovarienne (**Terrier, Pozzi, Freund**). Néanmoins leur pronostic et leur signification clinique reste des plus variables, et si on a vu des cas où malgré cette dissémination la santé restait bonne pendant des années (**Olshausen**), il faut aussi savoir que lorsqu'un cancer de l'ovaire s'est greffé dans l'abdomen, la marche est aussi fatale que s'il s'était fait une véritable métastase par voie lymphatique et sanguine ; que ce carcinome soit primitif ou secondaire à une tumeur papillaire (**Pfannenstiel**). Tout cela variera avec la nature histologique de la tumeur ovarienne, or nous savons que les greffes reproduisent exactement la tumeur originelle. C'est ainsi qu'on peut expliquer la dégénérescence gélatineuse ou colloïde (**Péan**) ou la péritonite pseudo-myxomateuse (**Werth**) qui accompagne certaines tumeurs papillaires de l'ovaire.

Outre ces lésions de dissémination, on observe souvent sur le péritoine des traces d'une inflammation chronique caractérisée par l'épaississement, la rougeur de la séreuse, et par des adhérences membraneuses. **Fränkel** décrit une variété de péritonite présentant sensiblement ces caractères inflammatoires, mais où le microscope lui a décelé l'existence des végétations minuscules.

Lorsque la tumeur est maligne ou l'est devenue, on assiste à la formation de véritables noyaux carcinomateux disséminés sur le péritoine et les organes qu'il tapisse. Comme localisations le plus fréquemment observées, nous signalerons la cicatrice de la laparotomie, la région ombilicale, l'intestin. Nous avons pu dans deux cas, voir l'intestin infiltré de noyaux donnant au toucher la sensation de grains de plomb (**Pozzi Picqué**). Ces lésions sont tout à fait indépendantes de celles des greffes et constituent de véritables métastases qui se sont produites par la voie lymphatique et sanguine ; elles entrent dans le cadre de la généralisation du cancer. Nous n'y insisterons pas.

Il nous reste à signaler des lésions un peu spéciales, fort intéressantes, et dont l'explication paraît assez difficile. En effet, on a cité des exemples de productions papillaires secondaires dans des régions où on ne saurait admettre ni l'inoculation, ni la propagation. C'est ainsi qu'on a signalé des végétations papillaires secondaires à des tumeurs papillaires de l'ovaire, sur la plèvre costale et pulmonaire (**Poupinel, Boussi, Ménétrier, Claisse, Olshausen**). A propos de leur existence sur la plèvre diaphragmatique, **Auché** a émis l'hypothèse très logique de la possibilité de la dissémination à travers les puits lymphatiques du diaphragme. Enfin, on a signalé des végétations secondaires sur les valvules sigmoïdes de l'aorte (**Freund**) dans le rein (**Segond**) etc...

ASCITE. — L'ascite existe très fréquemment dans les tumeurs papillaires ; mais on observe de très grandes variétés dans l'apparition de cet épanchement, dans la rapidité avec laquelle il se produit, et dans son abondance. On peut observer des kystes papillaires sans végétations externes s'accompagner d'un ascite intense, tandis qu'elle peut être à peine appréciable dans certains cas de grosses tumeurs végétales. Par contre, on a vu des petites tumeurs papillaires se manifester par une ascite excessive et rapide. L'ascite est de règle chaque fois qu'il y a des greffes péritonéales.

Le liquide présente également de nombreuses variations. Dans la majorité des cas il est limpide, séreux et de couleur citrine ; assez souvent il est hématique et contient des globules du sang plus ou moins altérés. Quelquefois il est gélatineux, rarement colloïde. Cette ascite se distingue des ascites ordinaires en ce qu'il contient une plus grande quantité de matériaux fixes ; on a pu trouver jusqu'à 100 et 106 gr. de résidus solides par litre ; la moyenne pour **Quénu** serait de 75 à 80 gr. L'examen du liquide ascitique donnerait également des renseignements précieux (**Coblentz**) ; pour cet auteur il serait filant et sa densité varierait entre 1006 et 1020. Au microscope, on y trouve fréquemment des cellules cylindriques avec ou sans cils vibratiles, des cellules caliciformes, et des cellules graisseuses.

La pathogénie de cet ascite a soulevé de nombreuses discussions ; qu'il nous suffise de dire qu'on a invoqué la compression des grosses veines ; la sécrétion des végétations (**Quénu**). D'après cet auteur, les végétations constituent de véritables tubes épithéliaux pseudo-glandulaires, et sécrètent une substance colloïde. Or pour **Quénu** cette dernière substance agirait par osmose sur le péritoine et provoquerait cette hypersécrétion. **Terrier** admet cette pathogénie. Nous croyons aussi à cette cause ; mais nous pensons que dans la grande majorité des cas, l'irritation due aux végétations papillaires suffit pour expliquer l'ascite, surtout lorsqu'il y a des productions secondaires.

Disons en terminant que l'ascite est fréquente dans les tumeurs végétantes de l'ovaire ; c'est souvent elle qui attire l'attention de la malade et du chirurgien. Elle se reproduit rapidement après la ponction ; souvent elle est une cause de danger pour la malade et peut créer ainsi à elle seule une indication opératoire précise.

L'*Hydrothorax* s'observe souvent en même temps que l'ascite ; le plus ordinairement elle est sans importance, et disparaît après l'ablation de la tumeur (**Demons**). Il faut cependant savoir qu'elle peut être l'indice de métastases pleurales.

CONFORMATION INTÉRIEURE. — A la coupe, les tumeurs papillaires de l'ovaire donnent différents aspects suivant le nombre et le volume des kystes. Lorsque ces cavités sont petites, on les trouve presque toujours remplies et distendues par des végétations ; et l'aspect général de la tumeur est celui d'une tumeur solide. Parmi ces cavités papillaires de faibles dimensions, les unes sont superficielles, les autres profondément situées. Or il n'est pas rare de voir sur une même tumeur parmi les kystes situés à la surface les unes prêtes à se rompre, les autres rompues. Aussitôt après la rupture, les végétations qu'elles contenaient, continuent à se développer et gagnent la surface externe de la tumeur pour y former de nouvelles végétations. En examinant attentivement une coupe de ces tumeurs, on se rend aisément compte de ce *mode de développement*. En effet, tandis que pour certains kystes rompus,

les végétations insérées sur une surface concave forment une dépression ombiliquée, pour d'autres, où la rupture est de date plus ancienne, on voit la surface d'insertion devenir successivement plane, puis convexe. On dirait que la paroi du kyste cède à une pression venant de l'intérieur. Il est préférable de dire qu'elle est attirée en dehors par le développement progressif des végétations. Dans certains cas, on peut trouver au niveau de l'insertion de quelques-unes de ces végétations un véritable collet qui semble les enserrer, et qui est formé par la partie de l'ovaire qui entourait le kyste avant sa rupture. Ce mode de développement des végétations à la surface de l'ovaire est certainement le plus fréquent si ce n'est le seul, et il semble qu'on ne doive pas admettre la prolifération papillaire d'emblée (**Coblentz, Flaischlen, Gusserow et Eberth, Olshausen, Pozzi, Pfannenstiel**) même pour le papillome superficiel. Dans ce dernier type l'aspect papillaire résultant de la rupture précoce de nombreuses et minuscules cavités végétantes, a pu, en effet, faire penser à une végétation papillaire d'emblée de l'épithélium germinatif.

Au lieu de se combler de végétations et de se rompre, certaines cavités deviennent kystiques, et peuvent atteindre un volume variant entre celui du poing à celui d'une tête d'adulte.

Quelle qu'en soit la dimension on trouve toujours dans leur intérieur des végétations semblables à celles observées à la surface. Mais leur nombre et leur étendue est en raison inverse du volume de la poche. On les trouve alors disséminées sous forme de bourgeons isolés ou agglomérés ; mais leur siège habituel se trouve au niveau de l'insertion pelvienne et ligamentaire de la tumeur (**Olshausen**). C'est **Coblentz** qui a le premier signalé cette disposition, et l'explique par ce fait que la vascularisation est surtout riche au niveau du hile. On peut quelquefois trouver des cavités qui ne présentent aucune trace de végétation, mais ceci est rare, et même alors d'après **Pfannenstiel** on peut trouver des traces de végétations microscopiques.

STRUCTURE. — Au point de vue histologique on peut

diviser les végétations en deux groupes principaux (**Malassez** et **de Sinety**) : 1° Les unes purement conjonctives ; 2° les autres mixtes avec néoformations épithéliales. Le point le plus important pour ces néoformations ne réside point dans les différences de leur aspect extérieur mais dans leur structure histologique. Or la division de **Malassez** et de **de Sinety** permet de faire une classification exacte de ces tumeurs.

Les papilles sont tantôt des formations verruqueuses, massives, des bourgeons conjonctifs avec un épithélium cylindrique, simple et aplati. Ils constituent la forme papillaire la plus simple (fibromes papillaires, **Pfannenstiël**). Tantôt, au contraire, ce sont des néoformations dans lesquelles prédomine la prolifération épithéliale ; le bourgeon conjonctif y est peu vasculaire et sert surtout de soutien à l'épithélium. Quelle qu'en soit la variété (conjonctive ou épithéliale) il faut remarquer que la prolifération épithéliale reste le fait important et dominant, et au point de vue *génétique*, on peut dire que c'est l'épithélium qui commence en fait la prolifération. Or cette multiplication épithéliale ne trouvant pas un espace suffisant, elle forme à la surface une saillie en hauteur, premier vestige de la papille, première étape du *kyste prolifère papillaire*.

Mais cette saillie au lieu de se faire en surface, peut aussi se faire en profondeur, il en résultera des dépressions en cul-de-sac d'aspect glandulaire, qui deviendront kystiques à leur tour. Cette seconde évolution est celle du *kyste prolifère glandulaire*. En général ces deux processus évoluent à l'exclusion l'un de l'autre et donnent lieu à deux sortes de tumeurs distinctes auxquelles on a donné respectivement le nom de k. prolifère glandulaire et de k. prolif. papillaire (**Pozzi**). Mais il faut savoir qu'il n'est pas rare de voir dans les tumeurs papillaires les deux processus se combiner pour former des tumeurs mixtes.

Dans les tumeurs où la prolifération conjonctive prédomine on peut trouver des variétés très grandes. C'est ainsi qu'on a signalé des végétations d'*aspect* sarcomateux, fibrosarcomateux, fibreux, colloïde ou myxomateux, angioma-teux, etc. Nous disons à dessein que ces végétations n'ont

que l'apparence des néoplasmes dont elles portent le nom, parce qu'en clinique il est rare de les voir évoluer comme tels.

A côté de ces modifications d'aspect dû aux variétés anatomiques du tissu conjonctif, il y a également des différences dans la manière d'être de l'épithélium, soit qu'on considère la cellule elle-même, soit qu'on considère son mode de groupement. Dans quelques cas l'épithélium présente tous les caractères de l'épithélium glandulaire, simulant celui de la muqueuse utérine ou de la muqueuse gastrique. D'autres fois, l'épithélium se développe d'une façon atypique, il est stratifié et polymorphe et peut présenter de grandes ressemblances avec le tissu épithéliomateux, il en résulte qu'on peut rencontrer des tumeurs papillaires mixtes d'aspect glandulaires ou adénoïdes, et des tumeurs carcinomateuses (encéphaloïde et squirrhe) (**Malassez et de Sinéty**). **Pfannenstiel** donne le nom d'adénome papillaire simple à la première variété, et d'adéno-carcinome papillaire à la seconde.

Histologie. — Nous empruntons en grande partie les détails suivants au travail très consciencieux de **Pfannenstiel**. La structure histologique des excroissances dérive à la fois de la charpente conjonctive et du revêtement épithélial. Suivant la prédominance d'un des deux éléments on observera des variétés différentes. D'une façon générale c'est la prolifération épithéliale qui l'emporte et l'appareil connectif n'est qu'une trame sur laquelle s'étage l'épithélium.

Si l'on examine ces excroissances aux différentes périodes de leur développement, on voit que c'est l'épithélium qui prolifère d'abord sous l'influence d'un apport considérable de sang et de lymphe. Les cellules s'accroissent si rapidement qu'il n'y a plus assez de place. Il en résulte des prolongements en surface qui entraînent avec eux une mince couche du tissu conjonctif sous-jacent qui ne se compose au début que de quelques amas cellulaires difficilement reconnaissables. Plus tard il se produit un fin bourgeonnement vasculaire qui se détache de l'épais réseau sanguin et lymphatique, et qui apporte un nouvel élément de développement à la multiplication épithéliale. Autour des vaisseaux, il se forme une gaine cellulaire périvasculaire, et la papille est ainsi arrivée à son état complet de développement.

Les mêmes phénomènes se produisent pour toutes les végétations secondaires et la vascularisation est en rapport avec leur volume. Mais il faut remarquer que pendant l'accroissement des villosités, c'est toujours la prolifération épithéliale qui préside à l'accroissement des bourgeons conjonctifs et le prédomine dans la grande majorité des cas. Il en résulte que l'excroissance papillaire est une néoformation épithéliale à laquelle on pourrait donner le nom d'*épithélioma papillaire*. **Pfannenstiel** lui préfère celui d'*adénome*, le mot épithéliome éveillant trop l'idée de *cancer*.

Au microscope ces papillomes se montrent comme traversées de glandes, et le mot adénome semble encore plus justifié. **Stratz** émet la même opinion et conseille de considérer le papillome superficiel comme un adénome papillaire de la surface par opposition aux kystes papillaires.

Les tumeurs papillaires où le tissu conjonctif l'emporte sur le tissu épithélial sont beaucoup plus rares, quelques auteurs leur ont donné le nom de *fibromes papillaires* pour les distinguer des adénomes papillaires. On doit également distinguer des tumeurs décrites précédemment certaines *hydropisies fibro-papillaires* des follicules de Graaf et certaines tumeurs à végétation développées dans le *paraovarium* (**Pfannenstiel**). En effet, dans ces tumeurs, véritables kystes par rétention, les excroissances restent peu élevées et n'ont pas le développement arborescent des adénomes papillaires. L'épithélium y revêt le caractère d'un épithélium aplati présentant de grandes analogies avec celui qui tapisse les kystes ordinaires.

Dans les *adénomes papillaires*, on trouve au contraire un épithélium cylindrique plus ou moins régulier d'aspect, et d'arrangement. Le revêtement épithélial est tantôt formé par un seul plan de cellules régulièrement cylindriques, tantôt par des cellules stratifiées et d'aspect polymorphe. Dans le premier cas l'épithélium ressemble à celui de certains kystes glandulaires et a tous les caractères d'un adénome typique. Dans le second l'épithélium ressemble au contraire par sa forme, ses variétés de dimensions et de dispositions à certains carcinomes glandulaires, par exemple au cancer du corps de l'utérus revêtant la forme papillaire (**Pfannenstiel, Cohn**).

Dans les formes simples, les végétations, pour si nombreuses qu'elles soient, laissent toujours entre les papilles une lumière plus ou moins étendue. Cet espace libre n'existe pas dans les adéno-carcinomes, où il est rempli par des amas cellulaires réticulés.

Il serait donc très important de distinguer l'adénome papillaire simple de l'adéno-carcinome, c'est-à-dire du papillome à cellules atypiques. Mais il est facile de comprendre combien il sera difficile dans certains cas de s'assurer s'il y a plusieurs couches de cellules, car les coupes donneront des aspects très différents et pourront être des causes d'erreur suivant le point de la végétation qu'elles intéressent. Les adéno-carcinomes revêtent tantôt la forme kystique et la forme solide. Mais ce ne sont là que des variations morphologiques sans importance.

Il en serait tout autrement pour **Pfannenstiel** dans les adénomes papillaires pour lesquels cet auteur dit qu'il faut considérer deux groupes distincts. L'un ressemble par sa structure aux kystes ordinaires, c'est-à-dire aux kystes glandulaires, c'est un kyste multiloculaire dont les cavités sont remplies de pseudo-mucine. Cet auteur leur donne le nom d'*adénome papillaire pseudo-mucineux*. Ils se distinguent néanmoins des kystes prolifères glandulaires en ce qu'à l'intérieur des cavités on voit se développer des excroissances papillaires plus ou moins volumineuses. L'autre groupe comprend des tumeurs en général moins développées, moins multiloculaires, avec un liquide fluide à l'intérieur des kystes. Ce second groupe présente le plus souvent un épithélium qui ressemble à celui de la muqueuse utérine et de la trompe, c'est dire qu'il est cylindrique et cilié. Ce revêtement est parfois si développé et si caractéristique qu'on pourrait leur donner le nom de tumeurs papillaires à cils vibratiles (**Von Velits**). Il faut cependant savoir que l'épithélium peut être totalement dépourvu de cils sans que pour cela il soit pseudo-mucineux (**W. Williams**). **Flaischlen** a de plus montré qu'on peut rencontrer sur la même tumeur des îlots de végétations, plus ou moins développés, dépourvus de cils vibratiles. En résumé on doit distinguer dans ces adénomes papillaires typiques deux variétés : 1° L'adénome papillaire pseudo-

mucineux et 2° l'adénome papillaire simple ou cilié (**Olshausen**).

Ces deux variétés peuvent subir la transformation kystique ou donner lieu à des tumeurs végétantes solides ; mais les végétations seraient rares dans les adénomes pseudo-mucineux. Ces deux formes constituent les variétés les plus simples et en même temps les plus bénignes des tumeurs papillaires. Mais il faut bien savoir qu'elles peuvent dégénérer en masse protoplasmiques informes où se déposent des concrétions calcaires, et qu'elles peuvent en dégénérant revêtir l'aspect de l'épithélium métatypique de **Malassez** et de **de Sinéty**. **Pfannenstiel** éliminant les kystes papillaires paraovariques qu'il considère à l'encontre de certains auteurs (**Olshausen**, **Coblenz**, **A. Doran**) comme rares, ainsi que les hydropisies papillaires des follicules, dit que toutes les autres variétés forment incontestablement des néoplasmes épithéliaux qu'il propose de diviser ainsi :

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1° Adénomes papillaires. | } Ad. papillaire pseudo-mucineux.
Ad. papillaire simple à cils vibratiles. |
| 2° Adéno-carcinomes papillaires. | |
| 3° Tumeurs papillaires mixtes. | } Ad. sarcome papillaire.
Ad. carci-sarcome papillaire. |

Nous n'insisterons pas sur la structure histologique des tumeurs mixtes, car elles présentent au microscope les caractères bien connus des tumeurs dont elles portent le nom.

HISTOGENÈSE. Nous avons vu précédemment le mode de développement de ces tumeurs ; nous avons vu que les végétations papillaires de la surface sont toujours consécutives à la rupture de kystes situés plus ou moins profondément dans l'épaisseur du tissu ovarien. Nous avons montré qu'il fallait rejeter la théorie de la prolifération primitive de l'épithélium germinatif de l'ovaire.

Voyons maintenant quelle est l'origine exacte de ces

tumeurs. On admet généralement aujourd'hui que les kystes qui leur donnent naissance proviennent du revêtement épithélial de l'ovaire soit par l'intermédiaire de tubes semblables à ceux de **Plüger** et datant de la période embryonnaire, soit par l'intermédiaire d'une invagination postérieure de l'épithélium superficiel de l'ovaire (**Waldeyer, Malassez, de Sinety**). De nombreux travaux ont depuis ces auteurs consacré cette façon de voir (**Quénu, H. Coblenz, Fleischlen**).

L'épithélium incriminé est-il toujours le même? **Waldeyer** croit que l'épithélium des follicules de **Graaf** peut proliférer et donner naissance à des végétations papillaires.

William Fox est également de cet avis. **Quénu** fait observer fort judicieusement que l'épithélium des follicules vient de l'épithélium germinatif de **Waldeyer**, et se demande pourquoi on lui refuse ce qu'on accorde à tout épithélium.

W. Williams croit lui aussi que les tumeurs papillaires dérivent soit de l'épithélium germinatif, soit du follicule de **Graaf**. Cet auteur rejette la théorie du développement dans les vestiges du corps de **Wolf** de ces tumeurs qui pour lui sont purement ovariennes; mais il admet une troisième origine, celle de la muqueuse de la trompe qui proliférerait ensuite dans le stroma ovarien. **Steffeck**, dans un travail sur l'origine des tumeurs épithéliales de l'ovaire, dit qu'elles proviennent du follicule et de l'épithélium germinatif; que le bourgeonnement en profondeur de ce dernier ne s'observe que dans les cas de tumeur et jamais sur des ovaires sains, et que dans les carcinomes de l'ovaire, il conserve très longtemps son apparence normale. **R. Emmanuel** cite un cas intéressant d'adénome kystique végétant malin, où il trouva entre les cellules épithéliales des ovules primordiaux de nouvelles formations, développés sous une influence pathologique, et il se demande s'ils ne seraient pas l'origine de ces tumeurs. Pour **A. Doran**, tous les kystes papillaires proviendraient du hile de l'ovaire où on trouverait des restes de l'épithéliome du corps de **Wolf**. **B. Sutton** n'est pas si exclusif lorsqu'il dit que la majorité des kystes papillaires proviennent du paraovaire.

Enfin certains kystes papillaires para-utérins sembleraient s'être développés aux dépens des vestiges du canal de Gartner.

En résumé : ces tumeurs proviennent en grande majorité des involutions de l'épithélium germinatif, sans qu'il soit nécessaire d'incriminer pour cela les tubes de **Plüger** (**Stratz**) et de l'épithélium des follicules. Les autres ont leur origine soit dans les débris du corps de **Wolf** situés dans le hile de l'ovaire ou dans le ligament large entre la trompe et le paraovaire.

CHAPITRE III

DISCUSSION. — PRONOSTIC

Si nous considérons maintenant les différents groupes au point de vue clinique, que pouvons-nous conclure? En un mot, peut-on, par l'examen anatomique, dire qu'une tumeur est réellement bénigne ou maligne. Pfannenstiel, se basant sur l'observation clinique et l'examen histologique de soixante cas, a essayé de résoudre la question. Pour cela, il a considéré successivement les différentes variétés histologiques que nous venons de décrire, et nous avons une série de rappels et une partie des conclusions qu'il a formulées, en nous réservant de les discuter.

Pour les kystes à papilles, il a remarqué que ces kystes sont toujours confondus avec les tumeurs papillaires de l'ovaire sans être conséquemment bénins. Sa fréquence est de 66 2/3 et il se développe sur l'ensemble de l'ovaire et du péritoine. L'écroulement de ces kystes est lent, et ils ne récidivent pas après l'opération. Quant à l'hyperplasie folliculaire papillaire, elle serait aussi rare que la simple hyperplasie folliculaire est fréquente. Ces tumeurs sont également bénignes et ne récidivent jamais. Il en résulte que la benignité de ces kystes par rétention n'est en rien modifiée par la présence de formations papillaires à leur intérieur. Pour notre part, nous ne voyons pas très bien pourquoi on refuse à l'épithélium de follicule la propriété de proliférer de la même façon que l'épithélium germinatif dont il dérive, et pourquoi on lui nie la possibilité de revêtir les différentes modalités des végétations papillaires (Quénu, W. Williams).

Les autres variétés constituent de véritables néoplasmes épithéliaux. Nous commencerons par l'*adéno-carcinome*. Cette néoformation présente une malignité incontestable. Le plus souvent bilatérale, la forme végétante y serait beaucoup plus rare que la dégénérescence kystique. Néanmoins, presque toutes ces tumeurs s'accompagnent à un certain moment d'excroissances de la surface plus ou moins développées. L'évolution de l'adéno-carcinome est rapide, et varie entre 5 mois et un an. Ces néoplasmes ont de très grandes tendances à envahir et à détruire les tissus voisins.

Dans plus de la moitié des cas, ils sont intraligamentaires, et s'accroissent en repoussant les organes voisins et en les pénétrant (utérus, trompes). La métastase par voie lymphatique et sanguine y est fréquente ; parmi les organes atteints de préférence, on peut signaler les ganglions rétropéritonéaux, ceux de l'aîne, le vagin, la trompe, l'utérus, l'estomac, l'intestin, le foie, les côtes, etc. Dans plus des 2/3 des cas, on observe une infection péritonéale spéciale, véritable lésion de propagation à laquelle nous donnerons le nom de *greffes*. Celles-ci présentent la même structure et le même pouvoir destructeur que la tumeur ovarienne. La cachexie est précoce, la guérison après une opération heureusement conduite est extrêmement courte, et la récurrence se montre presque toujours dans l'année. Cependant on a signalé des guérisons opératoires d'adéno-carcinomes existant encore au bout d'un an et même de 3 ans et 1/2.

La cause de ces récurrences rapides peut être attribuée soit au fait d'avoir laissé sciemment ou non des parcelles de tumeurs ou des greffes, soit au fait d'une inoculation possible pendant l'opération. Il en résulte donc cette indication opératoire importante : quand on fait une laparotomie pour une tumeur papillaire, il faut essayer d'opérer en dehors du ventre, ou du moins d'isoler avec soin le champ opératoire du reste de la cavité abdominale pendant la ponction et la libération de la tumeur. L'extirpation doit être faite avec autant de soin que s'il s'agissait d'un pyosalpinx dont on s'efforce d'éviter le contact avec le péritoine (**Pozzi, Pfannenstiel, Freund**).

Au point de vue anatomique et clinique doivent être classées dans les adéno-carcinomes toutes les tumeurs qui, à

l'examen microscopique, montrent quelque chose d'*atypique* dans la grosseur, la forme et la disposition de l'épithélium.

L'*adénome papillaire pseudo-mucineux* n'est pas fréquent (**Pfannenstiel**). Il est extraordinairement multiloculaire, il siège rarement dans les ligaments, et est assez souvent bilatéral. Les végétations de la surface sont exceptionnelles, ainsi que l'ascite. Ces tumeurs s'accroissent lentement, elles n'ont pas de tendances destructives, et ne se généralisent pas par métastase; quant aux greffes, elles sont assez rares. Par contre, cette variété de tumeurs s'accompagne parfois d'une altération spéciale du péritoine à laquelle **Péan** a donné le nom de *péritonite colloïde* et **Werth** celui de *péritonite pseudo-myxomateuse*. Malgré cela, ces tumeurs sont anatomiquement bénignes. En thèse générale, on peut admettre que les k. papillaires pseudo-mucineux ne sont qu'une variété des kystes papillaires simples où les cellules auraient subi une dégénérescence colloïde; car l'architecture de ces deux tumeurs est très sensiblement la même. Disons en terminant qu'on a vu des tumeurs de cette espèce subir quelquefois la dégénérescence maligne, mais que dans la majorité des cas, elles se conduisent comme bénignes, car elles n'amènent pas de cachexie et ne récidivent pas après opération.

Pour ce qui est de l'*Adénome papillaire simple ou à cils vibratiles*, il formerait le tiers des néoformations épithéliales de l'ovaire (**Olshausen, Marchand, Flaischien, V. Velits**). Il est bilatéral dans presque tous les cas et s'accompagne presque toujours de végétations externes. Ces tumeurs révèlent ordinairement le type des tumeurs solides. Leur développement est plus rapide que celui des kystes pseudo-mucineux et plus lent que celui des adéno-carcinomes. A l'encontre de l'opinion de Pfannenstiel nous croyons qu'elles ont une grande tendance destructive; car elles envahissent de bonne heure le péritoine pelvien, elles adhèrent intimement et infiltrer les organes voisins. Aussi l'ablation de ces tumeurs est-elle particulièrement difficile. La métastase sanguine et lymphatique serait exceptionnelle, nous n'en avons pas trouvé d'exemples. Les greffes péritonéales s'observent assez souvent, et certainement plus souvent que ne le prétend

Pfannenstiel ; seulement elles sont plus tardives que pour l'adéno-carcinome. Ajoutons aussi que lorsqu'elles existent, elles n'ont pas grande signification clinique, car on peut citer des cas où le péritoine au moment de l'opération était couvert de greffes papillaires et malgré cela les malades ont définitivement guéri. Ces tumeurs essentiellement végétantes s'accompagnent presque toujours d'une ascite abondante, se reproduisant rapidement après la ponction. Cet épanchement ne semble apparaître qu'à une période assez tardive de l'évolution de la maladie ; mais on peut l'observer quelquefois dès le début. Lorsque l'ascite apparaît, elle a une valeur pronostic importante, en ce sens que l'état général s'altère, que la tumeur prend un développement plus rapide. Son apparition coïncide souvent avec l'apparition des greffes péritonéales, et à partir de ce moment ces tumeurs deviennent cliniquement malignes, et il faut intervenir le plus tôt possible. Il est permis de supposer que ce changement d'évolution coïncide avec une transformation anatomique ; cependant **Pfannenstiel** dit qu'il n'a pas encore été prouvé que l'adénome papillaire simple devienne tôt ou tard du carcinome.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de ces tumeurs ne doit pas être considéré comme trop mauvais, car outre qu'elles peuvent coexister avec une santé parfaite, on trouve, dans la littérature médicale des exemples de guérison après ovariotomie existant après 3, 4, 9 ans et même plus et ceci en dépit de greffes péritonéales constatées dans certains cas au moment de l'opération. Ces succès sont d'autant plus assurés qu'on est intervenu plus tôt. On a enfin signalé des guérisons durables après ablation partielle, et on a vu des malades atteintes de ces tumeurs qui ont été ponctionnées pendant des années tout en conservant une bonne santé. Tous ces exemples plaident donc en faveur d'un pronostic favorable. On s'est demandé ce que ce devenaient les végétations péritonéales après l'ovariotomie. Dans quelques cas elles restent stationnaires, dans d'autres elles rétrocedent, et même disparaissent ainsi qu'on l'a observé au cours de certaines laparotomies itératives. On a même signalé des cas où l'étendue des lésions était telle qu'on a dû refermer le ventre et où cependant on a constaté à la suite des amélora-

tions prolongées. Nous signalerons un résultat intéressant observé assez souvent à la suite de laparatomies exploratrices dans les cas de tumeurs papillaires, quelle qu'en soit d'ailleurs la variété anatomique, c'est la disparition complète de l'ascite pour un temps quelquefois très long.

En somme ces tumeurs ne sont pas *malignes* dans le sens qu'on donne à ce mot dans la pathologie des tumeurs, et cependant leur pronostic doit être réservé à cause de leur tendance destructive, de leur tendance à la dissémination, de la difficulté opératoire, et enfin parce qu'elles peuvent à un certain moment subir la dégénérescence maligne.

En *résumé*, nous terminerons en disant que malgré les recherches récentes sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs, et les tentatives de classification qu'on a cru pouvoir en tirer, il est difficile de faire une limite exacte entre leur bénignité et leur malignité. Et nous dirons que certaines tumeurs anatomiquement malignes se conduisent comme des néoformations bénignes, et réciproquement sans qu'on en puisse trouver la cause. De plus nous croyons que certains auteurs ont raison de dire que toute tumeur papillaire devient à une certaine période de son évolution réellement maligne dans toute l'acception du terme; car il en existe des exemples manifestes (Picqué, Lœhlein). De tout ce qui précède il résulte pour le chirurgien que ces tumeurs doivent être opérées le plus tôt possible, et même que l'intervention est justifiée dans les cas qui peuvent paraître désespérés, l'intervention dut-elle rester limitée à une simple laparatomie exploratrice.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

« A toute malade qui porte un épanchement péritonéal et une tumeur de l'abdomen, hors les cas exceptionnels et cachexie avancée et de mort imminente, l'on peut et l'on doit ouvrir le ventre » (**Sébileau**). Cette conception opératoire est surtout vraie pour les tumeurs papillaires de l'ovaire, et nous dirons que dans ces cas le chirurgien doit aller voir, et doit se rendre compte *de visu et de tactu* par une exploration minutieuse, si l'opération est possible. Il n'existe donc pas à notre avis de *véritables contre-indications* à l'opération.

Lorsqu'on a fait le diagnostic d'une tumeur de l'ovaire, quelles que soient les présomptions en faveur de sa bénignité ou de sa malignité, il n'est plus permis aujourd'hui d'attendre comme le préconisaient jadis **Spencer Wells**, **Taylor**, **Peaslee**. L'expectation ne présente que des dangers surtout s'il s'agit de tumeurs papillaires végétantes. **M. Pozzi** conseille d'opérer de bonne heure, toutes les tumeurs de néoformation épithéliale. **Léopold**, **Cohn**, **K. Thornton** préconisent aussi une intervention hâtive, parce que l'opération ainsi pratiquée est moins grave, parce qu'on risque de trouver moins de lésions de propagation et de généralisation. On sera donc plus à l'abri de la récédive. On sait de plus aujourd'hui que les néoplasmes papillaires peuvent à toutes les périodes de leur évolution subir la transformation maligne (**Loehlein**) ; on sait aussi combien est fréquente la bilatéralité des lésions ; tout ceci plaide non seulement en faveur d'une intervention précoce, mais montre

qu'il est prudent d'enlever d'emblée les ovaires des deux côtés. En effet, les exemples ne sont pas rares où on a été obligé de pratiquer une seconde laparotomie pour enlever un ovaire dégénéré qui semblait sain au moment de la première intervention.

Certains auteurs ont considéré l'abondance et la rapidité de formation de l'ascite comme une contre-indication opératoire (**Duplay, Duret**). Nous croyons avec **M. Pozzi** et **Sébi-leau** qu'une ascite abondante commande au contraire l'intervention. Le caractère hématique du liquide ne doit pas non plus arrêter le chirurgien et l'empêcher d'aller explorer la cavité abdominale. **Terrier** a fort bien démontré que tandis que certains néoplasmes malins peuvent ne s'accompagner que d'une ascite séreuse, d'autres beaucoup moins malins peuvent donner lieu à un liquide hématique. On ne doit pas s'arrêter davantage à certains symptômes de cachexie (œdème des membres inférieurs, décoloration des téguments, etc.) qui disparaissent rapidement après l'intervention même palliative.

Quelques auteurs, tout en admettant le principe de la laparotomie exploratrice, conseillent de ne pas procéder à l'ablation de la tumeur, si on reconnaît qu'elle est réellement maligne (**Schroeder**) et si l'opération ne doit être que partielle. Mais d'une part, nous savons combien, même par l'examen histologique, il est difficile de se prononcer sur la malignité d'une tumeur papillaire, d'autre part, nous savons qu'on a cité de fréquents exemples de guérison durable après une ablation partielle (**Nicaise, Pozzi, Coblenz, Fleischlen, Freund, Thornton**). Enfin l'observation clinique nous montre qu'on peut espérer des succès dans des cas où il existait des greffes péritonéales multiples au moment de l'ablation de la tumeur ovarienne. En résumé, nous dirons qu'il faut toujours faire une laparotomie pour examiner soigneusement la cavité abdominale; qu'il faut essayer d'enlever la tumeur quand même l'ablation ne devrait être que partielle. Nous arrivons ainsi à condamner : 1° l'expectation, avec d'autant plus d'énergie qu'on suppose une tumeur maligne; 2° la ponction évacuatrice comme un procédé opératoire insuffisant et dangereux. La laparotomie, même lorsqu'elle reste explora-

trice ne présente aucun danger et elle peut rendre service. En effet, on a vu quelquefois à sa suite l'évolution de la tumeur subir un arrêt pendant un temps quelquefois très long, on a vu les troubles et les accidents cachectiques disparaître, et le liquide ascitique ne pas se reproduire. Enfin la laparotomie exploratrice seule permet de se rendre compte de l'étendue des lésions, et de l'opportunité de l'ablation.

L'intervention étant admise pour la grande majorité des cas, il faut maintenant savoir que l'extirpation de ces tumeurs constitue une des opérations les plus difficiles et les plus délicates de la chirurgie abdominale. Il nous suffira de signaler toutes les complications avec lesquelles l'opérateur peut se trouver aux prises. Ces complications résultent des grandes tendances destructives de ces tumeurs qui s'accroissent aux organes qui les avoisinent et les pénètrent; de leur développement extra-péritonéal fréquent, des adhérences de toutes sortes avec l'épiploon, l'intestin et les parois pelviennes. Aussi le chirurgien est-il exposé à chaque instant à blesser des viscères tels que le rectum, l'intestin grêle, la vessie; à déchirer des organes situés dans le tissu cellulaire pelvien tels que les gros vaisseaux hypogastriques, l'uretère. Aussi **Freund**, en terminant un travail sur ces tumeurs, dit que s'il faut opérer dans presque tous les cas, il faut savoir que l'opération est presque toujours laborieuse, qu'il faut avoir une bonne technique, être familiarisé avec les sutures intestinales, qu'il faut procéder lentement et avec beaucoup de précautions.

Nous ne saurions décrire, ni même esquisser une technique opératoire pour les tumeurs papillaires de l'ovaire, où, le chirurgien le plus expérimenté se trouve à chaque instant aux prises avec des complications qui l'obligent à se plier aux circonstances. Nous nous contenterons de dire qu'il faut assurer une ablation aussi complète que possible (**Pozzi**), qu'il faut faire une toilette minutieuse de la cavité pelvienne qu'il faut examiner attentivement la grande cavité, et enlever dans la mesure du possible les greffes métastatiques qui s'y rencontrent. Il est préférable de ne pas suturer complètement le ventre; mais de placer à la partie inférieure de l'incision un drainage (tubes de caoutchouc, drainage capil-

laire à la gaze iodoformée, et mieux les deux combinés). Ce dernier mode de drainage est très utile pendant les premiers jours, et agit comme hémostatique et comme évacuateur. En effet, l'ablation de ces tumeurs s'accompagne très souvent d'un suintement sanguin abondant, qui provient de la cavité pelvienne plus ou moins dépourvue de son revêtement péritonéal. Or, le tamponnement capillaire est le meilleur et le plus sûr moyen d'hémostase (**Pozzi**). De plus il n'est pas rare d'observer une sécrétion séreuse très abondante pendant les premiers jours ; et au point de vue du résultat final il n'est pas indifférent de ne pas laisser s'accumuler dans l'abdomen ce nouveau liquide. Enfin, en dehors de son action évacuatrice et hémostatique le drainage serait également très utile en agissant sur les végétations pelviennes qu'on a pu laisser (**Cleveland**) et en isolant le petit bassin, où les lésions sont toujours le plus marquées, de la grande cavité abdominale ; d'où un danger moins grand de propagation et de récurrence.

OBSERVATIONS
DE TUMEURS PAPILLAIRES DE L'OVAIRE
AVEC MÉTASTASE PÉRITONÉALE
(Opérations — Résultats — Remarques)

Obs. I. — Pozzi (Observation inédite). — KYSTE DE L'OVAIRE DROIT
AVEC TUMEUR VÉGÉTANTE SITUÉE A LA BASE DU PÉDICULE. —
ASCITE. — OVARIOTOMIE. — MORT.

Br... Thérèse, 22 ans, mécanicienne, entrée le 8 mars 1886 à l'hôpital Pascal. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 11 ans, les menstrues sont régulières. Mariée à 19 ans. Pas de grossesse, ni de fausses couches. Il y a deux ans la malade a ressenti dans le bas ventre des douleurs assez vives ; à cette époque elle a eu des nausées, et aurait senti ses forces diminuer. Son ventre augmente notablement quoique la malade dise avoir maigri d'une façon sensible à cette époque. Un médecin fait le diagnostic de début de grossesse. Examinée 7 mois plus tard par un autre médecin qui fait le diagnostic de kyste ovarien et l'adresse à **M. Pozzi**. La malade entre à l'hôpital le 12 mars 1885, on pratique une ponction qui donne issue à 4 litres d'un liquide clair, citrin. Elle sort 15 jours après et reprend ses occupations.

Son ventre recommençant à grossir, la malade se décide à rentrer de nouveau à l'hôpital (8 mars 1886). Les règles sont toujours régulières, mais très douloureuses. Les règles exaspèrent ces douleurs qui sont lancinantes, continues ; la marche et les mouvements les réveillent également. Il est intéressant de voir que pendant les deux ou trois jours que durent les pertes menstruelles les douleurs disparaissent complètement pour reparaitre ensuite.

L'examen permet de reconnaître une tumeur ovoïde du volume d'une tête de fœtus, lisse, assez mobile, semblant provenir du côté droit. Le toucher combiné au palper confirme les renseignements précédents, et montre que l'examen provoque un peu de douleur au niveau des culs-de-sacs.

Opération 14 mars 1886. Incision de 15 cent. Ecoulement d'un litre et demi de liquide ascitique. Le kyste est ponctionné, et laisse échapper deux litres et demi d'un liquide citrin, un peu

opalescent. La poche est sessile, largement adhérente au bord du ligament large. La trompe est étalée sur sa paroi supérieure. A la base de cette tumeur reposant sur le péritoine pelvien qui tapisse la face postérieure du ligament large, il existe, une grosse masse papillaire du volume des deux poings. Cette masse est très friable et contient des parties calcaires.

On passe trois anses de grosse soie à la base de la tumeur qui est liée. Avec la pince cautère de Hégar, on saisit le pédicule ainsi formé à un centimètre au-dessus de la ligature et on le sectionne au thermocautère. L'hémostase est parfaite, mais la libération de la tumeur papillaire a donné lieu à un suintement sanguin assez abondant.

L'ovaire gauche est sain. On remarque que plusieurs anses intestinales offrent un aspect réticulé et chagriné comme dans la péritonite chronique. On fait avec grand soin la toilette du péritoine, et surtout celui de la cavité pelvienne à cause du suintement sanguin. Suture des parois, pas de drainage.

Examen des pièces. — La poche enlevée, est uniloculaire, elle n'a pas été ouverte par la section du pédicule. La surface externe est rouge et, en un point, il existe un amas de végétations de la largeur d'une pièce de 1 franc. L'aspect de la masse papillaire rappelle assez exactement la surface d'un chou-fleur. Par endroits, elle simule le frai de grenouille, et est parsemée de points blancs, durs, calcaires.

Suites opératoires. — Normales pendant les trois premiers jours. A la fin du troisième la température est de 39°, le pouls devient rapide et petit, le ventre se ballonne. La malade meurt, le 4^e jour, avec des signes de péritonite : celle-ci est confirmée par l'autopsie.

Réflexions. — Malgré l'insuccès opératoire, nous avons tenu à rapporter cette observation pour les raisons suivantes. Il est intéressant de remarquer : 1^o le jeune âge de la malade, 22 ans ; 2^o la situation intraligamentaire du kyste ; 3^o la situation de la masse papillaire à la base du ligament large. Il est dès lors permis d'émettre l'hypothèse que la tumeur s'est développée aux dépens du paro-ovaire ; ajoutons toutefois que l'observation est muette sur les lésions de l'ovaire ; 4^o le péritoine pelvien est déjà détruit sur une certaine étendue, et le péritoine viscéral, quoique indemne de végétations secondaires est néanmoins altéré en certains points. Il se peut donc qu'il existe déjà à ce niveau une désorganisation qui eût donné lieu plus tard à des greffes métastatiques. En effet, il est permis d'admettre que l'examen microscopique eut montré à ce niveau la présence de végétations papillaires minuscules que

Fränkel a signalées au niveau de ces épaissements de la muqueuse.

Obs. II. — Service de M. Pozzi (Observation inédite). — CYSTO-ÉPITHÉLIOME INCLUS DANS LE LIGAMENT LARGE GAUCHE. — VÉGÉTATIONS PAPILLAIRES DE LA SURFACE EXTERNE. — OVIOTOMIE. — DRAINAGE CAPILLAIRE. — GUÉRISON. — RÉCIDIVE AU BOUT DE 7 ANS. — NOUVELLE INTERVENTION. — MORT.

Delphine Ch..., 35 ans, entre dans le service de M. Pozzi le 25 octobre 1887. Réglée à 15 ans, régulièrement dès le début, elle est encore actuellement bien réglée. En 1878, elle eut une grossesse terminée par un accouchement à terme. La grossesse fut pénible, car la malade accuse des vomissements pendant toute sa durée.

En interrogeant la malade, on voit qu'elle fait remonter à 2 ans le début de sa maladie. A cette époque, elle éprouvait une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, qui la gênait beaucoup pour marcher; elle a eu, en même temps, des douleurs dans la cavité pelvienne avec irradiations dans les reins et la face antérieure des cuisses, des sensations de faiblesse et d'anéantissement extrême que la malade ne s'expliquait pas. Dès cette époque, elle remarque que le volume de son ventre augmentait, et qu'elle est obligée de supprimer son corset. Cet état dure un an.

Au mois d'août 1887, elle est prise brusquement et à plusieurs reprises de crises douloureuses dans le ventre avec irradiations dans les aines; elle compare ses douleurs à des crampes, à des fourmillements. Ces phénomènes douloureux durèrent 8 à 10 jours et ne s'accompagnèrent ni de vomissements, ni de fièvre. La malade est habituellement constipée, les urines sont normales, mais les mictions sont fréquentes et impérieuses depuis cette époque.

Au moment de son entrée, la malade présente un bon état général. L'examen montre les détails suivants : au toucher, on sent le col fortement porté en arrière, le fond de l'utérus est en avant. Le cul-de-sac latéral droit est très fortement déprimé par la tumeur abdominale qui gagne même le cul-de-sac latéral gauche, ce dernier peut cependant être assez profondément déprimé. On sent que la tumeur fait corps avec l'utérus qui est peu mobile.

Par la palpation, on trouve une tumeur globuleuse, rénitente, mais non fluctuante, occupant surtout la fosse iliaque gauche. Sur la ligne médiane et un peu à droite, on sent une tumeur fluctuante surajoutée, faisant saillie sur la face antérieure de la tumeur principale.

Opération le 28 octobre 1887. — Après l'incision des parois abdominales et du péritoine, on tombe sur une tumeur recouverte par la séreuse très finement vascularisée, épaissie, et qui a perdu son aspect poli. Cette tumeur, qui est fluctuante, est ponctionnée, on en retire $\frac{3}{4}$ de litre d'un liquide visqueux, jaunâtre et contenant manifestement du pus. On diminue d'autant le volume de la tumeur. Celle-ci est immobile, et, en la contournant, on constate qu'il s'agit d'un kyste inclus dans le ligament large du côté gauche. On sectionne, entre deux fils de soie, des adhérences qui unissent la partie postérieure du kyste aux parois du bassin. Puis, on incise le ligament large à sa partie supérieure et antérieure, pour tâcher d'énucléer le kyste de sa cavité intra-ligamentaire. Mais cette décortication ne peut se faire, et les parois du ligament sectionnées donnent du sang en assez grande abondance.

On cherche alors à énucléer le kyste en l'attaquant par sa base; **M. Pozzi** parvient à passer assez facilement un doigt en crochet sous la tumeur et peut l'énucléer d'une seule pièce. Après son ablation, il reste une grande partie du ligament dédoublé et flottant; on en sectionne les lambeaux entre des ligatures à la soie. Au niveau de la corne utérine, il se produit une assez forte hémorrhagie qu'on arrête par un surjet au catgut. Il reste encore sur le côté gauche de la tumeur une excavation profonde occupée par le kyste et qui est en rapport direct avec le plancher pelvien: on lave cette cavité avec de l'eau bouillie tiède. Comme un suintement sanguin en nappe persistait dans cette cavité, on place dans son intérieur un drainage capillaire de gaze iodoformée, à la manière de **Mickulicz**. Les bords libres du sac bourré de lanières de gaze iodoformée sortent, par la partie inférieure de la plaie abdominale dont on suture par trois plans de surjet au catgut, la partie supérieure. Pansement ordinaire. Durée de l'opération 1 heure 10 minutes.

Examen de la pièce. — On voit qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire siégeant en grande partie dans le ligament large. Cette tumeur présentait, en outre, les particularités intéressantes suivantes. Il existait un kyste principal qui avait été ponctionné au cours de l'opération. A la base de cette tumeur, il existait d'autres kystes dont le volume ne dépassait pas celui d'un œuf de poule. A la base du grand kyste, on observe de nombreuses végétations en choux-fleurs, ces végétations sont nacrées, translucides et gélatineuses. Les petits kystes sont le siège de végétations analogues, quelques-uns même en ont leur intérieur totalement rempli, et contenaient également un liquide transparent.

Suites opératoires. — Bonnes. Réunion par première intention

de la partie supérieure de la plaie; la cavité du drainage se comble et se cicatrise secondairement sans suppuration. La malade quitte l'hôpital au bout d'un mois et demi; huit jours après sa sortie, il se produit un abcès de la paroi, qui se cicatrise rapidement après incision et tamponnement à la gaze iodoformée.

Réflexions.— Cette observation est intéressante à cause de la situation intra-ligamentaire du kyste papillaire, et de la position des végétations qui siégeaient à la base de la tumeur, c'est-à-dire au point où le kyste pénétrait franchement dans les replis du ligament large. Cette particularité plaide en faveur de l'opinion de certains auteurs (**A. Doran**) qui prétendent que les tumeurs papillaires sont intra-ligamentaires et qu'ils se développent aux dépens des débris du corps de Wolf. Nous avons vu que cette théorie, si elle est exacte pour certains cas, ne l'est pas dans la grande majorité. Nous ferons remarquer également à propos de cette observation, qu'il n'existait pas d'ascite malgré la présence de végétations assez nombreuses. Enfin cette malade a pu être suivie pendant 7 ans où elle est restée complètement guérie; au bout de ce temps elle a commencé à souffrir de nouveau, et elle est entrée dans le service de **M. Pozzi**, pour la seconde fois, en décembre 1894. Voici l'observation de son second séjour :

La malade reste très bien portante jusqu'à il y a deux ans, où elle est reprise de douleurs. **M. Pozzi** l'examine à cette époque, trouve une tumeur du côté droit, mais la malade refuse une nouvelle opération. Depuis 7 mois, les douleurs sont devenues insupportables, elles s'irradient le long des cuisses surtout à droite, et donnent à la malade une sensation de poids, de corps étranger appuyant sur le rectum. Tout travail devient impossible. Les règles sont restées régulières, assez abondantes et non douloureuses; les dernières ont eu lieu le 4 décembre. Il y a deux ans, elle a eu des pertes jaunâtres très irritantes avec douleurs vaginales et pelviennes. Les mictions étaient douloureuses. Il y a eu alors une infection peut-être d'origine blennorrhagique. Depuis 15 jours, la malade vomit continuellement, l'appétit est nul; elle se plaint d'alternatives de constipation et de diarrhée profuse. L'amaigrissement est très sensible surtout depuis 7 mois pendant lesquels elle a eu à plusieurs reprises des frissons accompagnés d'élévation de température. Les urines sont normales, mais les mictions sont difficiles, fréquentes et douloureuses.

A l'examen, on trouve un abdomen globuleux, et tendu. Le vagin est refoulé en avant et sur le côté droit par une tumeur dure, irrégulière. L'utérus est repoussé en haut et il est très difficile d'at-

teindre son col. La palpation est très difficile à cause de l'épaisseur et la tension des parois, et donne peu de renseignements.

Opération le 9 janvier. — Incision de la peau de 15 cent. environ à droite de l'ancienne cicatrice. On trouve des adhérences épiploïques. La vessie dilatée et remontée se présente d'abord ; elle est reconnue avec une sonde d'homme introduite dans l'urèthre. La tumeur kystique adhère à la face postérieure de la vessie, en passant par dessus l'utérus qu'elle masque complètement. Elle est incluse dans le ligament large droit, et tout à fait immobile. On fait une incision au niveau de l'adhérence vésicale sur la coque ligamenteuse, et on décortique rapidement avec le plat de la main une grande poche kystique. En rompant les adhérences le long du bord droit de l'utérus, il se produit une éraillure et il s'écoule de ce fait une grande quantité de pus. On achève l'opération sous un jet d'eau tiède, bouillie. La poche enlevée qui, pleine avait le volume d'une tête de fœtus, est à parois minces et parsemée intérieurement de végétations papillaires. Au-dessous de cette première poche et dans le cul-de-sac de Douglas, il en existe une autre intacte. On parvient à la décortiquer et à l'enlever. Elle est à parois très minces et contient plusieurs kystes secondaires ; son contenu était séreux et teinté de sang. La cavité d'où a été enlevée la tumeur est irrégulière, très profonde et un gros vaisseau veineux voisin de la veine iliaque est lié médiatement à l'aide d'un surjet. Il est impossible de former avec les débris du ligament large un espace sequestré du péritoine où l'on puisse faire un tamponnement. On se contente d'introduire le sac de Mickuliez en gaze stérilisée au fond de la cavité cruentée et saignante et on suture autour de lui la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Rien à signaler, les deux premiers jours, le 3^e, la température monte à 38° 4, le pouls à 134, la malade a des vomissements. Elle succomba le 6^e jour à la suite de phénomènes infectieux. A l'autopsie, on trouve une inflammation diffuse du péritoine provenant très probablement de l'effusion du pus pendant l'opération.

La fin de cette observation montre qu'il y a eu, 5 ans après la première intervention, une récurrence du côté droit qui avait été laissé en place. Cette récurrence a évolué lentement, puisque constatée déjà il y a deux ans, son développement avait été presque insensible et la malade avait pu continuer à vaquer à ses occupations journalières. Nous signalerons ici la situation intra-ligamentaire du kyste papillaire, et ses rapports intimes avec le plancher pelvien, l'utérus et la vessie. En effet, ces tumeurs, même lorsqu'elles ne présentent

pas de végétation à leur surface ont une très grande tendance à envahir les organes voisins. Cette particularité rend leur extirpation très laborieuse et dangereuse. Certaines parties de la tumeur avaient suppuré, faut-il voir dans la blennorrhagie, signalée deux ans auparavant une infection, qui aurait guéri momentanément et qui se serait reveillée en dernier lieu? On ne saurait se prononcer sur ce point; dans tous les cas, il y avait lors de l'opération une infection aiguë et virulente, qui a causé l'échec opératoire. Quelle qu'en soit la cause, nous dirons qu'il n'est pas rare d'observer, dans les cas de tumeurs papillaires du petit bassin, des traces de suppuration anciennes ou récentes, et des traces d'inflammation (adhérences épiploïques, intestinales, etc.) (**Olshausen, Freund, Péan**). Malgré la guérison qui a duré en somme 7 ans, nous croyons qu'il est préférable, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur papillaire avec des annexes saines du côté opposé, d'enlever délibérément ces dernières et de pratiquer une double castration. Cette opération, sans doute très radicale lorsque l'ovaire ne présente aucune lésion, donne à l'opérateur une plus grande sécurité pour l'avenir. (**Coblentz, Léopold**), d'autant plus que dans ce genre de tumeurs la bilatéralité de lésion est très fréquente (**Lerch**.)

OBS. III. (inédite). — KYSTE PROLIFÈRE GLANDULAIRE AVEC MASSES VÉGÉTANTES PAPILLAIRES. — ÉVOLUTION RAPIDE. LAPAROTOMIE. RÉCIDIVE TROIS MOIS APRÈS. — (service de M. le Dr Pozzi.)

C.... Zoé, 54 ans, entre à l'hôpital Pascal le 24 mars 1891. Réglée pour la première fois à 17 ans, régulièrement dès le début. A 24 ans, elle fait une fausse-couche sans complication. Ménopause six mois avant d'entrer dans le service.

La malade fait remonter, à trois mois environ, le début de son affection; les premiers symptômes étaient des douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations lombaires et dans les cuisses. Elle n'a jamais eu de métrorrhagies, mais une leucorrhée très abondante pendant trois mois environ au moment de sa ménopause. Le ventre a augmenté de volume depuis 4 mois environ.

Au moment de son entrée; l'état général est fortement altéré, à l'examen, on constate par le palper une tumeur volumineuse occupant tout l'hypogastre et remontant un peu au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est irrégulière, bosselée, peu mobile; à gauche, elle donne une sensation de fluctuation; à droite, la main rencontre un gâteau étalé, immobile, peu douloureux. La percussion donne une matité absolue de toute la partie inférieure de l'abdomen. Au toucher, on trouve le cul-de-sac antérieur effacé, le

col de l'utérus rejeté en arrière. On atteint difficilement le cul-de-sac de Douglas qui semble attiré en haut. Le cul-de-sac latéral droit est envahi par la tumeur, celui de gauche est plus libre. Les mouvements imprimés à la tumeur par l'abdomen sont perçus dans le vagin. La peau est décolorée, les jambes légèrement œdémateuses; il n'existe pas d'albumine dans les urines.

Laparotomie, 7 avril. Incision de 15 cent. La partie abdominale de la tumeur n'adhère pas à la paroi, par contre la partie pelvienne adhère de toutes parts. A l'ouverture du ventre, il s'écoule une certaine quantité de liquide ascitique. M. **Pozzi** fait la ponction d'un grand kyste qui donne 2 litres d'un liquide citrin. Il reste encore dans le petit bassin et à droite une grosse masse bosselée, surmontée de végétations papillaires, très adhérente à l'utérus. Celui-ci est altéré, friable et repoussé à gauche. La tumeur est presque sessile. M. **Pozzi** se fondant sur la consistance résistante d'une partie de la tumeur, suppose un kyste inclus dans le ligament large, et se propose de le décortiquer. Il fait la ponction de cette deuxième poche et diminue ainsi le volume de la tumeur. On fait alors une incision dans la couche superficielle et en s'aidant d'une spatule on enuclée la partie pelvienne de la tumeur. Une pince à ligament est placée sur la corne utérine et le ligament large, qui ainsi pédiculisé est lié par une ligature en chaîne. Un suintement sanguin assez abondant est arrêté par le tamponnement fait avec des compresses.

Les annexes gauches sont atteintes de dégénérescence colloïde, On voit à leur surface des veines volumineuses. La tumeur avait les dimensions d'un œuf de dinde. Ligature, en chaîne, du pédicule. Toilette minutieuse de la cavité pelvienne dont une grande partie du péritoine est détruit. Drainage capillaire avec un sac de gaze iodoformée à la manière de Mickulicz.

Examen des pièces. A la coupe, on voit que la tumeur de droite se composait de deux gros kystes dont un intraligamentaire. Un troisième kyste plus petit est rempli de substance grenue opaline, ressemblant à des grains de semoule, formée par des végétations papillaires peu vasculaires, qu'on observe également sur la surface externe d'une grosse masse d'aspect lardacé à la coupe et très vasculaire.

A gauche, l'ovaire et la trompe sont réunis. La trompe est farcie d'une substance colloïde; elle a le volume du poing. L'ovaire forme une masse solide, lardacée, d'aspect carcinomateux avec quelques microkystes à sa surface. M. **Pozzi** fait le diagnostic du kyste prolifère glandulaire et papillaire en voie de dégénérescence maligne, développé probablement aux dépens du

para ovaire. A gauche, les lésions sont franchement carcinomateuses.

Suites opératoires. — 9 avril. Suintement séro-sanguinolent assez abondant. On enlève une des mèches intérieures du sac.

12 avril. — Ce pansement est souillé par de l'urine, on place une sonde à demeure dans la vessie.

13 avril. — On enlève le sac de Mickulicz et on le remplace par une simple lanière de gaze iodoformée. Le suintement est peu abondant mais conserve encore une odeur urineuse.

18 avril. — Le suintement est insignifiant, on supprime la sonde à demeure, et on pratique le cathétérisme vésical toutes les deux heures.

L'état général s'améliore rapidement.

1^{er} mai. — La plaie est complètement cicatrisée, la malade commence à se lever le 4 mai, et quitte l'hôpital complètement guérie et très bien portante quelques jours après.

L'amélioration devait être de courte durée, en effet, la malade revient dans le courant de juillet présentant tous les symptômes d'une généralisation cancéreuse. Localement, on ne trouve rien de bien précis; la cavité abdominale est distendue par l'ascite. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème intense. On constate de l'albumine dans les urines. Une inappétence complète, des nausées et des vomissements. La cachexie fait des progrès rapides et la malade ne tarde pas à succomber. Malheureusement on n'a pu pratiquer l'autopsie.

Cette observation est un exemple d'une évolution rapide et maligne d'une tumeur kystique mixte (prolifère glandulaire et papillaire) qui semble avoir subi presque dès le début une dégénérescence carcinomateuse et coexistant peut-être avec une tumeur épithéliomateuse des annexes du côté gauche.

L'opération, comme dans la plupart de ces cas, a été laborieuse, mais l'ablation a pu être complète. La tendance destructive de ces tumeurs en rend l'extirpation souvent dangereuse pour les organes voisins. Dans ce cas, la vessie avait des rapports de contiguïté qui avaient sans doute altéré une partie de ses parois, et pendant l'extirpation de la tumeur, la vessie avait été légèrement lésée. L'issue de l'urine par la plaie abdominale en est la preuve; mais la déchirure était de peu d'étendue et a guéri spontanément.

OBS. IV. — (Inédite, service de M. le Dr Pozzi). — TUMEUR MALIGNE DES OVAIRES AVEC MÉTASTASE PÉRITONÉALE. — LAPARATOMIE EXPLORATRICE. — DRAINAGE. — AMÉLIORATION CONSIDÉRABLE SANS REPRODUCTION DE L'ASCITE.

Vanderm..., 42 ans, entre à l'hôpital Pascal le 10 juin 1891. Sa mère serait morte hydropique après de nombreuses ponctions. Réglée à 16 ans, les règles ont toujours été normales. Pas d'enfants ni de fausses couches. La santé a été excellente jusqu'à ces trois derniers mois. A ce moment, la malade se plaint d'avoir eu des douleurs dans le bas-ventre, plus marquées du côté droit; elles étaient au début très vives et lancinantes. Aujourd'hui, elle se plaint surtout d'une sensation de pesanteur et de tiraillements.

Depuis la même époque, le ventre a augmenté de volume, et le développement en a été si rapide que son médecin, pour obvier à des phénomènes de gêne, a dû faire une ponction qui a donné issue à 7 ou 8 litres de liquide. Bien qu'il n'y ait que trois semaines que la ponction ait été faite, le ventre est, au moment de son entrée dans le service, très développé et tendu. L'ascite est considérable. On constate de l'œdème des parois abdominales, des grandes lèvres et des jambes. La respiration est gênée, la constipation opiniâtre et les mictions difficiles.

Examen. — Le toucher vaginal montre que les culs-de-sacs sont effacés; à droite il existe une tumeur dure, volumineuse, immobile, repoussant les parties latérales et postérieures du vagin. L'ascite s'oppose à sa délimitation par le palper abdominal. On fait le diagnostic d'une tumeur maligne de l'ovaire.

Laparatomie le 20 juin. — La paroi est infiltrée, de telle sorte qu'il est difficile de trouver la ligne blanche. On ponctionne le péritoine avec la pointe du bistouri; on obtient ainsi l'écoulement lent de 15 litres de liquide ascitique. On agrandit l'incision péritonéale. **M. Pozzi** explorant la cavité abdominale tombe sur une tumeur lardacée et irrégulière en avant, surmontée en arrière de trois poches kystiques. La surface de ces kystes est par endroits irrégulière, dure et épaissie. Le péritoine pariétal et celui qui recouvre le cœcum, l'appendice iléo-cœcal, et l'S iliaque sont parsemés de granulations plus ou moins développées, de consistance variable (métastase péritonéale). Ces granulations se trouvent encore à la partie supérieure de l'abdomen, dans la région sus-ombilicale, sur l'épiploon. Ce repli est très altéré au niveau du méso-côlon transverse, où on sent une tumeur allongée de droite à gauche en forme de boudin. Il semble qu'on se trouve devant un

cancer des ovaires avec généralisation au péritoine pelvien et iliaque et une tumeur métastatique du grand épiploon.

M. Pozzi ne juge pas nécessaire d'agrandir l'incision, et, après une évacuation aussi complète que possible de l'ascite, on referme le ventre. On a mis au préalable une mèche de gaze iodoformée sortant par la partie inférieure de la plaie pour assurer le drainage de la cavité péritonéale. Vu l'infiltration des parois, on met un petit drain dans la plaie.

Suites opératoires, 21 juin. — Suintement peu abondant, on raccourcit la mèche de moitié, l'état général et local sont bons.

22 juin. — On remplace la mèche par un drain de calibre moyen de 8^{cm} de long. Le suintement persiste.

23 juin. — Pansements quotidiens, l'écoulement du liquide ascitique diminue progressivement. L'état général de la malade s'améliore d'une façon remarquable. L'œdème a tout à fait disparu. L'appétit revient, et la malade s'alimente parfaitement. Elle quitte le service très bien portante au bout d'un mois sans que l'ascite se soit reproduit.

On peut voir, à la lecture de cette observation, combien ont été heureux les résultats de cette laparotomie exploratrice. Dans l'espace d'un mois, cette malade a été transformée. L'ascite, l'œdème de la paroi et des membres ont tout à fait disparu; les fonctions digestives, qui étaient fort compromises, sont redevenues normales. Nous ne nous cachons pas que cette observation soit fort incomplète, puisque la malade n'a été revue qu'une seule fois deux mois après sa sortie de l'hôpital, en bonne santé il est vrai. Mais nous avons tenu à la rapporter ici pour plusieurs raisons. Il s'agissait, en premier lieu, d'une tumeur absolument inopérable, qui offrait tous les caractères d'une grande malignité. De plus, **M. Pozzi**, en intervenant, a cherché à obvier d'abord aux dangers provoqués par la production rapide d'une ascite qui, par son abondance, compromettrait singulièrement la vie de la malade. **M. Pozzi** attribue avec raison une grande supériorité à la laparotomie exploratrice sur les ponctions répétées. Celles-ci ne sont pas sans danger, et si jadis la majorité des opérateurs attribuaient une gravité excessive aux laparotomies exploratrices dans les cas de tumeurs malignes des ovaires, il faut dire aujourd'hui qu'ils ont modifié leur opinion à ce sujet. En effet, grâce aux progrès de l'asepsie en chirurgie abdominale, l'incision faite à temps ne saurait comporter des dangers plus grands que la simple ponction, et on lui doit de plus de véritables succès. La littérature médicale en montre des cas assez nombreux, nous en avons signalé plusieurs, dans le cha-

pitre précédent, où les malades ont vu l'évolution de leur tumeur rester stationnaire, l'ascite ne pas se reproduire, leur état général se modifier heureusement et rester ainsi pendant plusieurs mois et même des années. Nous rapprocherons à ce propos ces résultats de ceux obtenus dans les laparotomies pour péritonites tuberculeuses, et même pour certains accidents péritonitiques qu'on observe quelquefois chez des malades hystériques. On a vu, dans ce dernier cas, une simple laparotomie qui reste forcément exploratrice, puisqu'on ne trouve pas de lésions, pour faire complètement disparaître les accidents nerveux simulant une péritonite. Nous avons été assez heureux d'observer deux exemples de chacune de ces variétés dans le service de notre maître **M. Pozzi**.

OBS. V. — KYSTE PROLIFÈRE PAPILLAIRE DE L'OVAIRE AVEC MÉTASTASE PÉRITONÉALE. — KYSTE VÉGÉTANT A GAUCHE ET MULTILOCULAIRE A DROITE. — LAPARATOMIE. — GUÉRISON. — Observation inédite. — Service de M. le docteur Pozzi.

Cl... Eugénie, 24 ans, journalière, entre à Pascal, le 24 février 1891. Réglée régulièrement, elle n'a jamais eu d'enfants, ni de fausse couche. Elle n'a jamais été malade jusqu'à il y a deux ans. Depuis cette époque ses règles sont moins régulières, et sont devenues douloureuses. Son ventre a grossi d'une façon très appréciable. Au dire de la malade, la tumeur aurait apparu du côté gauche, et elle le sentait très bien elle-même. Bientôt, des douleurs de plus en plus vives se manifestent dans le bas-ventre, elles augmentent avec la station debout et avec les fatigues, et s'irradient tantôt dans la région lombaire, tantôt le long du sciatique et du nerf crural. La constipation est opiniâtre et la défécation devient peu à peu très pénible. Les mictions sont fréquentes, l'urine est normale. L'état général est peu altéré.

A l'examen on constate la présence d'une tumeur abdominale, volumineuse, fluctuante. Par la palpation, on provoque en certains points une sensation de flot très caractéristique, tandis qu'ailleurs on sent des parties résistantes et irrégulières. La tumeur prédomine du côté gauche de l'abdomen qui semble être tout à fait envahi. Au toucher, les culs-de-sac vaginaux sont effacés, et occupés par des masses dures, l'utérus est peu mobile. On fit le diagnostic du kyste multiloculaire probablement double avec développement pelvien très marqué.

Laparatomie le 1^{er} mars 1891. — **M. Pozzi**, après l'ouverture de l'abdomen constate à droite, trois poches kystiques du volume des

deux poings : l'une de ces poches est incluse dans le ligament large.

La ponction de ces trois poches donne issue à un litre environ d'un liquide louche et légèrement purulent. On voit alors qu'il existe du côté gauche un kyste végétant du volume d'une grosse orange. Les végétations papillaires de cette tumeur s'étendent sur toute la face postérieure du ligament large et dans le cul-de-sac de Douglas. Une anse intestinale adhère à la partie supérieure de la tumeur : elle est détachée avec précaution. On s'aperçoit alors qu'il existe des petites végétations papillaires sur plusieurs anses intestinales : on les enlève avec soin, et on fait un examen minutieux de la grande cavité péritonéale. Après avoir bien isolé l'utérus au milieu de ces masses, on procède d'abord à l'ablation du kyste multiloculaire, et on place une ligature en chaîne sur son pédicule. On fait de même du côté gauche.

Les deux moignons sont fortement cautérisés au thermocautère. L'utérus qui avait été préalablement fixé par une pince tire-balle est abandonné dans la cavité pelvienne. On fait ensuite un lavage soigné de la cavité pelvienne, et on arrête par un tamponnement temporaire avec des compresses stérilisées le léger suintement sanguin auquel avait donné lieu la décortication de la tumeur végétante du côté gauche. Une mèche de gaze iodoformée, sortant par la partie inférieure de la plaie assure le drainage et l'hémostasie de la cavité pelvienne.

Examen des pièces. — A droite, il s'agit d'un kyste multiloculaire avec quelques rares végétations internes : à gauche la tumeur est franchement papillaire, les cavités kystiques sont insignifiantes par leur nombre et leur développement. Par son ensemble cette tumeur forme une véritable tumeur solide. Les végétations péritonéales avaient les mêmes caractères morphologiques que celles de l'ovaire.

Suites opératoires. La mèche de gaze iodoformée est enlevée au bout de 48 heures. Le suintement séro-sanguinolent a été peu abondant. L'orifice s'est oblitéré peu à peu sans trace de suppuration. On fait des pansements tous les deux jours jusqu'à sa cicatrisation complète.

La malade quitte le service complètement guérie le 13 avril.

Elle a été revue à plusieurs reprises dans le courant de cette année, et la guérison s'était maintenue plus d'une année après l'intervention.

Il est intéressant de remarquer à propos de cette observation, le jeune âge de la malade (les observations de pareilles tumeurs à cet

âge sont rares) ; la bilatéralité des lésions et aussi les différences anatomiques des deux tumeurs qui n'était franchement végétante que d'un côté. Quel est l'ovaire qui a été le premier atteint ? Il serait difficile de le dire, ajoutons cependant que la malade accuse, dès le début de sa maladie, s'être aperçue d'une tumeur dure du côté gauche du ventre. Un dernier point doit être signalé, c'est l'absence d'ascite, et ceci malgré la surface végétante étendue de la tumeur et malgré l'altération du péritoine pelvien et malgré les greffes intestinales.

OBS. VI (inédite. — Service de M. Pozzi). — TUMEUR PAPILLAIRE DES DEUX OVAIRES. — GREFFES PÉRITONÉALES. — LAPARATOMIE. — GUÉRISON. — RÉCIDIVES SUCCESSIVES AYANT NÉCESSITÉ TROIS LAPARATOMIES. — DIMINUTION PROGRESSIVE DE LA GRAVITÉ DES LÉSIONS. — GUÉRISON.

B... Marie, 39 ans, entre à l'hôpital Broca le 26 novembre 1893. Sa mère est morte à 55 ans d'un cancer de l'utérus. Régliée à 15 ans ; ses règles furent irrégulières et douloureuses pendant les premières années. A 21 ans, accouchement à terme ; à la suite de sa grossesse, elle eut des métrorrhagies abondantes qui durèrent quatre ans et l'obligèrent à s'aliter pendant plusieurs jours chaque mois. La malade se plaint, depuis son accouchement, de douleurs lombaires et pelviennes ; ces douleurs augmentent en 1892. En août et décembre de la même année, elle eut deux attaques d'épilepsie pour lesquelles elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu.

Au mois d'août 1893, la malade s'aperçoit que son ventre augmente de volume, elle souffre de douleurs assez violentes dans les lombes, le long des cuisses, accompagnées d'une sensation de plénitude dans le bassin, les métrorrhagies ont reparu. Au moment de son entrée à l'hôpital, les téguments sont décolorés, les membres inférieurs sont oedémateux, l'abdomen est distendu et augmenté régulièrement de volume. Par le palper et la percussion, on constate qu'il y a une ascite assez abondante avec tympanisme intestinal.

3 janvier. — On pratique une ponction pour obvier à l'oppression, et on retire 6 litres et demi de liquide citrin.

Laparatomie. 10 janvier 1894. — *Examen préopératoire.* — Le col est recourbé en arrière, tandis que le corps est porté en avant, mais le fond perdu dans une tumeur ne peut être limité. Cette tumeur est irrégulièrement mamelonnée, elle dépasse le pubis de trois travers de doigt, surtout du côté droit ; à gauche, on a une simple sensation de résistance, tandis qu'à droite on sent

sous la main une tumeur de surface irrégulière. On porté le diagnostic probable de tumeurs papillaires de l'ovaire coiffant l'utérus.

Opération. — Petite incision. Le péritoine, d'aspect noirâtre et ecchymotique, laisse écouler par son ouverture un litre de liquide séreux et sanguinolent. La main introduite ne sent qu'une seule masse mamelonnée, granuleuse qui, recouvrant le fond et la face postérieure de l'utérus, remplit le cul-de-sac de Douglas et déborde latéralement sur les ligaments larges. Un lobe de la tumeur est pédiculisé à droite, lié avec une ligature simple et enlevé. On peut alors, par cette brèche, pénétrer dans l'épaisseur de la masse, libérer la tumeur du côté gauche et l'enlever après avoir posé deux ligatures entrecroisées à la soie. Il reste encore une masse absolument fusionnée à l'utérus. Afin de s'orienter dans la décortication, **M. Pozzi** place deux doigts de la main gauche dans le vagin, de façon à sentir l'utérus et à limiter ses efforts de décortication. En effet, on risque à chaque instant de léser le rectum qui a été attiré en avant. On peut ainsi enlever une poche à parois assez épaisses qui adhérerait de toutes parts à la face postérieure de l'utérus et qui coiffait le fond de cet organe à la manière d'un casque. La paroi externe de cette poche est relativement lisse, tandis que sa face interne est complètement tapissée de végétations papillaires très agglomérées. Dans une partie de sa paroi, il existait une cavité du volume d'une noix contenant du pus. La tumeur montre, en outre, en plusieurs endroits des traces de suppuration superficielle. Un écoulement abondant de sang veineux remplit le champ opératoire pendant toute la durée de ces manœuvres, mais il cesse complètement après. On fait un lavage du péritoine avec de l'eau stérilisée, suivi d'un nettoyage soigneux de la cavité pelvienne avec des compresses qui ramènent des débris papillaires. Quand on s'est assuré, par le toucher, que le champ opératoire est complètement nettoyé, on place un drainage Mickulicz et on referme le ventre.

Il s'agissait donc bien d'une tumeur papillaire des deux ovaires provenant sans doute de la déhiscence d'un kyste papillaire.

Suites opératoires. — Simples et normales, on enlève le drainage au bout de 48 heures; peu de suintement. On remplace ce premier drainage par une mèche de gaze iodoformée qu'on change tous les jours, et qu'on supprime tout à fait au bout de 8 jours. La malade quitte l'hôpital le 17 février, complètement guérie; l'œdème et l'ascite ont disparu. L'examen local ne montre rien de particulier. L'état général est excellent.

Telle est la première partie de cette observation qui montre

certaines particularités cliniques intéressantes. Nous releverons ici la présence de métrorrhagies qui ont réapparu pendant les six derniers mois; les ménorrhagies avec ou sans dysménorrhée sont assez souvent signalées dans ce genre d'affections. Signalons encore l'apparition brusque et le développement rapide de la tumeur à une certaine période de la maladie. Les différents temps opératoires, sans être très laborieux, ne laissent pas que d'être difficiles et délicats. Il a fallu s'orienter à chaque instant pour ne pas blesser les organes voisins.

Suites éloignées. Récidive. Deuxième laparotomie. — Six semaines après avoir quitté l'hôpital, la malade remarque que son ventre grossit de nouveau, et il atteint, en quelques jours, de grandes proportions. Elle n'éprouve cependant pas de grands troubles, ni aucune modification de l'appareil digestif et respiratoire. Elle entre de nouveau à l'hôpital le 16 mai 1894. On constate que le ventre est globuleux et fortement distendu par l'ascite, qu'il existe de l'œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs. Par le toucher et le palper combinés, on ne relève que les signes d'une ascité abondante.

Opération le 31 Mai 1894. — Petite incision de 2^{cm} immédiatement au-dessous de la première cicatrice. Après l'ouverture du péritoine il s'écoule un jet de liquide de couleur café clair, qu'on peut évaluer à 6 litres environ.

On prolonge l'incision sur la première cicatrice, en se servant de l'index gauche pour guide, afin d'éviter l'intestin qui pourrait être adhérent à ce niveau. La main introduite dans le petit bassin ne rencontre aucune tumeur. L'intestin est adhérent à la surface de l'utérus. Le péritoine pariétal et une partie de la séreuse qui tapisse les intestins, sont recouverts de granulations dures, formant un semis qui rappelle les granulations miliaires. On examine la cavité pelvienne, quelque peu surpris de cette absence de grosses lésions en présence de l'abondance et l'importance de l'ascite. On ne se contente pas de l'examen par le toucher. On met la malade dans la position de **Trendelenbourg** extemporanée; on examine ainsi le fond du petit bassin sans rien découvrir. On recouche la malade horizontalement, et la main introduite profondément explore la région sus-ombilicale du péritoine.

Dans la région épigastrique, on rencontre une tumeur du volume d'un œuf qu'on attire à l'extérieur. On constate aussitôt qu'elle est formée par un bouquet de végétations papillaires, situé au niveau du grand épiploon. Cette masse est excisée au-dessus de trois

ligatures en chaîne au catgut. Après avoir terminé cette excision on attire le côlon transverse et on trouve sur son bord adhérent au mésentère, à deux travers du doigt du point où s'insérerait l'épiploon malade, une petite tumeur du volume d'une grosse olive, fluctuante, bleuâtre, siégeant au point d'insertion du mésentère sur le côlon. Elle est disséquée et enlevée ; à ce moment elle se crève et on voit qu'elle est formée par un kyste à paroi externe lisse, et contenant à son intérieur un liquide brun et des végétations papillaires.

Ces deux lésions étaient évidemment le résultat d'une inoculation résultant d'adhérences du grand épiploon avec la tumeur opérée précédemment. Ces deux lésions très petites au moment de la première intervention avaient pu passer inaperçues. S'il est facile de comprendre les végétations du bord libre du grand épiploon, il est assez difficile de se rendre compte de la genèse du kyste inclus dans le mésentère et la présence ne peut être expliquée par la production d'une adhérence.

Suites : L'état général de la malade reste excellent du 1^{er} au 14 juin, le ventre est un peu ballonné par le tympanisme intestinal, pas de liquide appréciable.

14 juin — L'œdème des membres inférieurs réapparaît, la pression au niveau des malléoles est douloureuse. Cet état ne se modifie pas jusqu'au 18 juin. Puis l'œdème envahit le haut des cuisses et l'abdomen, le ventre redevient globuleux et présente tous les signes d'une ascite. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. La malade éprouve des étouffements, la respiration est gênée ; on constate quelques râles à la base et on soupçonne un peu de liquide dans les deux plèvres. On lui applique des ventouses et on lui administre un peu de macération de digitale comme diurétique. Le sommeil a disparu, l'inappétence est presque complète, l'état général devient de plus en plus mauvais.

Troisième laparotomie le 3 juillet 1894. — Incision de l'abdomen et ponction du péritoine. — Il s'écoule environ 5 litres de liquide ascitique de couleur acajou. Cette fois on commence l'incision au-dessus de la première et on la prolonge à 4^{cm} au-dessus de l'ombilic. On détache avec les ciseaux de fortes adhérences intestinales en laissant le péritoine pariétal adhérent à l'intestin. La main introduite profondément dans les hypochondres, rencontre au-dessus de la crête iliaque des petites masses granuleuses libres ou peu adhérentes au péritoine et ressemblant à de la semoule. On en enlève avec la main et des compresses de quoi remplir un demi-verre.

L'exploration des viscères et des replis péritonéaux ne permet

pas de sentir aucune aspèce de tumeur ; mais il existe, notamment en arrière du foie, un cloisonnement rempli de cette matière granuleuse. Un autre amas se trouve également en arrière de la rate, entre elle et le diaphragme. On poursuit ce nettoyage le plus longtemps possible, mais sans espoir d'enlever toutes les parcelles de néoplasme qui sont retirées en se servant de compresses comme d'un mouchoir avec lequel on va explorer tous les replis du péritoine au-dessus et au-dessous de l'ombilic.

En explorant, par la vue, la cavité abdominale, on voit que le péritoine est partout épaissi et de couleur ardoisée. En examinant l'intestin on recherche le point où se trouve la cicatrice faite par l'excision d'un lambeau d'épiploon lors de la dernière opération. On y trouve un point induré qui est de nouveau excisé. En divers points de l'intestin grêle on trouve des petits mamelons rosés, ressemblant à des végétations minuscules. Les différents plans de l'abdomen étant confondus on ne fait que deux plans de surjet d'affrontement.

Suites opératoires. — Benignes, l'appétit revient peu à peu, ainsi que le sommeil — l'oppression a disparu. La malade quitte l'hôpital le 7 août, ne présentant ni ascite ni œdème et dans un excellent état général.

L'histoire de ces deux récides rapides, et arrivant presque coup sur coup pour la troisième du moins sont des plus instructives. En effet, si dans des cas assez nombreux on a pu voir les végétations métastatiques se flétrir, et disparaître après l'ablation de la tumeur principale, cette régression a fait ici défaut. Il est même intéressant de remarquer que lors de la deuxième intervention, il n'existait que deux petites greffes et cependant l'ascite s'était reproduite rapidement, et la santé générale était fortement ébranlée. Nous signalerons également la disparition complète des granulations miliaires, signalées lors de la première intervention. Si maintenant nous considérons la récide en elle-même, nous voyons d'une part une greffe épiploïque par propagation directe au niveau d'une adhérence, et d'autre part un petit kyste papillaire qui s'était développé dans un point éloigné de tout contact. Faudrait-il pour cela conclure à une vraie métastase par voie lymphatique ou sanguine, nous ne le croyons pas. Nous pensons qu'il faut, comme **Olshausen, Cohn, Frankel, Freund**, etc., faire intervenir les mouvements peristaltiques de l'intestin qui transportent en plusieurs points du péritoine les masses végétantes détachées. Ce mécanisme explique également les greffes peri-hépatiques et périspléniques observées,

lors de la 3^e intervention. — Une particularité qui mérite également d'être signalée est la propriété qu'ont quelques-unes de ces greffes de reproduire des kystes tout à fait analogues aux kystes de la cavité primitive. — Cette propriété est bien connue aujourd'hui, elle a été signalée principalement par **Olshausen, Boussi, Auché, Pfannenstiel**, etc. ; et on a même vu des végétations pleurales, présenter les mêmes caractères de structure.

Enfin, cette observation montre qu'une seconde intervention n'a pas suffi pour arrêter le développement des greffes péritonéales, qui s'étaient développées et s'étaient disséminées rapidement dans l'espace de six semaines, qui séparait seulement les deux interventions.

Ici encore l'ascite était en disproportion avec le volume des végétations, et on peut se demander si elle ne relevait pas ici plutôt d'une péritonite chronique un peu spéciale, comparable à celle décrite par **Frankel** et caractérisée par un épaississement de la séreuse, dû à des végétations minuscules.

On pouvait se demander, après cette troisième intervention, après ces récidives successives et rapides, et en pensant au mauvais état du péritoine et aux greffes qu'on avait forcément laissées involontairement, quel était le sort réservé à cette malade qui quitta le service en apparence guérie et en excellente santé. — Eh bien, les suites sont des plus intéressantes, et justifient pleinement les interventions antérieures. Cette malade est restée complètement guérie jusqu'en février 1895. A cette époque, nouvelle apparition de l'ascite, qui se reproduit rapidement et en abondance. Œdème des membres inférieurs. L'état général est peu satisfaisant. On pouvait supposer que cette fois la maladie était devenue franchement maligne. On se décide néanmoins à intervenir de nouveau.

Quatrième laparotomie. — Incision de l'abdomen, on évacue 7 à 8 litres d'un liquide clair de couleur acajou. La main introduite dans le ventre montre qu'il y a une amélioration considérable des lésions péritonéales. La séreuse est moins enflammée et a repris un aspect poli. Malgré une exploration minutieuse on ne put trouver qu'une seule végétation du volume d'un pois. On l'enlève, et on referme le ventre après avoir mis un drainage.

Suites opératoires. — Excellentes. Les troubles cachectiques disparaissent rapidement et la malade quitte le service au bout de trois semaines en parfait état de santé. Elle est revenue se montrer plusieurs fois depuis. Nous l'avons vue et examinée fin juin 1895. Il n'y a aucune trace de récidive, ni d'ascite ; la malade dit ne s'être jamais trouvée si bien, ses forces sont complètement revenues et elle a augmenté de 15 livres.

Obs. VII. — (inédite). Service de M. Pozzi. — KYSTE PROLIFÈRE PAPILLAIRE TRÈS VOLUMINEUX AVEC MÉTASTASE PÉRITONÉALE MULTIPLES. — PRÉSENCE DE PUS DANS CERTAINES CAVITÉS KYSTIQUES. — ASCITE CONSIDÉRABLE. — ABLATION PAR LAPARATOMIE. — LAVAGE ET DRAINAGE. — GUÉRISON.

K... Mathilde, âgée de 34 ans, entrée à l'hôpital Pascal, le 22 juin 1893. Elle a été réglée à 11 ans 1/2, les règles ont toujours été régulières et d'une durée moyenne de 4 jours. Elle a eu six grossesses, dont cinq avec accouchement à terme; la dernière grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré à 8 mois, avec enfant mort-né. La cause en est dans une syphilis contractée à cette époque, et pour laquelle la malade fut soignée pendant un an environ.

La malade fait remonter, au mois d'octobre 1892, le début de son affection; et les premiers symptômes signalés par la malade sont une sensibilité et une augmentation de l'abdomen. Elle vient consulter M. Pozzi, et on lui prescrit un traitement en lui recommandant de revenir dans 15 jours. Le ventre augmente rapidement de volume, les douleurs disparaissent et la malade accuse simplement une sensation pénible de pesanteur. — Six semaines plus tard, c'est-à-dire le 30 novembre, on est obligé de ponctionner la malade, et on retire 3 litres de liquide ascitique. En décembre 1892, la malade entre à l'hôpital Dubois, qu'elle quitte quelque temps après pour entrer à l'hôpital Pascal (26 déc. 1892). Deuxième séjour en février 1893 et troisième séjour en juin 1893. Pendant ces différents séjours on lui a pratiqué 7 ponctions qui donnent chaque fois de 8 à 15 litres de liquide ascitique de couleur citrine.

Etat actuel 24 juillet 1893. — Etat général bon, amaigrissement modéré, appétit conservé, selles et mictions normales. Malgré la décoloration des téguments la malade ne présente pas l'aspect de la cachexie. Néanmoins la respiration est gênée par l'énorme développement du ventre, dont la partie inférieure est œdématisée ainsi que les jambes. — La menstruation reste régulière.

A l'examen on constate que l'abdomen présente un développement exagéré, faisant en haut une saillie très appréciable sur le thorax qui paraît petit, et descendant en bas sur le tiers supérieur des cuisses. La malade ne peut bouger, elle ne peut s'étendre dans son lit sans être prise d'oppression. On remédie à cette tension exagérée par une ponction évacuatrice; en examinant le ventre aussitôt après, on constate que la cavité pelvienne et la fosse iliaque gauche sont occupées par une tumeur irrégulière, molle et non douloureuse. Cette tumeur arrive jusqu'au niveau de l'ombilic sur

la ligne médiane. La percussion montre qu'elle repousse en haut et en arrière l'intestin et le grand épiploon.

On fait le diagnostic du kyste prolifère papillaire très développé avec ascite abondant et se reproduisant très rapidement. Le développement énorme et rapide de la tumeur d'une part, l'abondance de l'ascite et l'œdème exagéré de la partie inférieure du corps d'autre part, avaient fait retarder l'opération à plusieurs reprises. Mais la situation s'aggravant après chaque ponction, M. **Pozzi** intervient.

Opération le 25 juillet 1893. — Laparatomie par M. **Pozzi** assisté de M. **Picqué**. Incision médiane partant du pubis et remontant à 5 centim. au-dessus de l'ombilic. La paroi de l'abdomen est très épaisse et très vasculaire. Arrivé sur la séreuse, on y pratique une boutonnière de deux centimètres de long pour évacuer le liquide ascitique. On obtient ainsi l'écoulement de 20 litres d'ascite.

En explorant la cavité abdominale à travers l'incision agrandie du péritoine, la main arrive sur une tumeur charnue, très vasculaire. Cette masse fait, en bas, corps avec la cavité pelvienne qu'elle obstrue complètement, de là, elle remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Elle est formée par une masse végétante en chou-fleur, très friable et saignant au moindre contact. M. **Pozzi** se décide alors à la libérer le plus rapidement possible, pour l'amener au dehors, et poser sur le pédicule ainsi formé une hémostase préventive. Ce temps opératoire très difficile fut heureusement rapidement terminé, et on put mettre une ligature élastique sur la partie inférieure de la tumeur formant pédicule. Malheureusement, celle-ci cède par suite de la friabilité des tissus, et on remplace le lien élastique par deux pinces à ligament large. Pendant le dégagement de la tumeur, on crève plusieurs vacuoles de pus bien lié, non odorant et qui tombe dans le ventre.

On procède ensuite à la ligature en chaîne du moignon; celle-ci n'arrête pas l'hémorrhagie qui est assez inquiétante et on est obligé de faire un surjet au catgut sur les deux ligaments larges déchirés sur une certaine étendue. Nous avons dit plus haut que toute la cavité pelvienne était oblitérée par la masse végétante; et il n'y a pas eu à s'occuper de chercher si le pédicule siégeait soit sur les annexes du côté droit ou du côté gauche. On s'est contenté de lier en masse la partie de la tumeur qui adhérait aux organes pelviens.

L'hémostase étant assurée, on lave à grande eau stérilisée la cavité péritonéale, on la débarrasse ainsi du pus, du sang et des parties végétantes qui s'y étaient accumulées pendant la décortication. On enlève ensuite soit avec les doigts, soit avec des com-

presses stérilisées, les greffes qui existaient sur les anses intestinales, le péritoine pariétal et la face inférieure du foie. Ce dernier temps est fait avec grand soin, de façon à laisser le moins possible de ces végétations métastatiques. — La toilette de la grande cavité abdominale étant terminée, on examine de nouveau la cavité pelvienne. Celle-ci est tomenteuse et dépourvue presque dans son entier du revêtement séreux. Dans ces conditions, M. Pozzi, afin de mieux assurer le drainage de cette partie déclive, incise sur son doigt le cul-de-sac vaginal; et fait passer par cette orifice un tube en T. La cavité pelvienne est tamponnée par un sac de Mikulicz bourré de 5 mèches de gaze iodoformée et sortant par la partie inférieure de la plaie abdominale. — Suture de la paroi au catgut, renforcée par trois fils de soutirements à la soie.

Durée de l'opération une heure.

Examen des pièces. — La tumeur enlevée est formée par une masse végétante volumineuse, de couleur rouge, très vasculaire et très friable. A la section, on voit qu'elle est formée en grande partie par un tissu dur, lardacé, blanc jaunâtre; constituant ainsi une tumeur solide. On voit aussi, à la surface de la section, des vacuoles peu nombreuses contenant les unes un liquide séreux, les autres du sang plus ou moins altéré, les autres enfin du pus. Quelques-unes de ces cavités sont remplies de fongosités papillaires, s'écrasant facilement sous la pression des doigts. Les greffes intestinales et péritonéales avaient les mêmes caractères morphologiques; elles étaient moins colorées et semblaient moins vasculaires.

Suites opératoires. — Elles furent étonnamment bénignes. La malade ne s'est nullement ressentie de cette grave intervention. C'est à peine si on relève quelques vomissements dans la journée. Le pouls reste normal ainsi que la température.

On refait le soir même le pansement extérieur qui est imbibé par le suintement abdominal. Le lendemain, on retire deux lanières, le jour suivant, on retire les deux autres. Enfin, le 6^e jour on enlève le sac et on le remplace par une simple lanière. Pendant les quatre premiers jours, il s'écoule par le drainage capillaire une assez grande quantité d'un liquide séreux à peine teinté par le sang. Ce liquide devient de moins en moins abondant par la suite. On fait un pansement quotidien, et on continue à mettre une lanière dans le trajet pelvien. Ablation des fils de soie le 8^e jour avec réunion par première intention de la partie supérieure de la plaie. L'orifice laissé par le drainage a considérablement diminué d'étendue. On enlève le drain vaginal le 15^e jour et, à partir de ce moment, on laisse la plaie abdominale

se fermer progressivement. La malade quitte le service le 17 septembre 1893, complètement guérie et très bien portante; l'examen qui est fait à ce moment montre que la cavité pelvienne est absolument libre, l'utérus est redevenu mobile, et les culs-de-sacs sont tout à fait dépressibles. La palpation et la percussion du ventre font constater qu'il n'y a pas de tumeur, ni d'ascite. Sans doute les tissus de la paroi qui avaient été surdistendus sont encore flasques et exubérants; mais la rétraction progressive fait prévoir dès ce moment une *restitutio ad integrum*. La cicatrice est parfaite, même au niveau du drainage.

Suites éloignées. — La malade a été revue depuis sa sortie tous les deux ou trois mois pendant la première année. Chaque fois, on a constaté que la guérison restait parfaite. Enfin, nous l'avons vue une dernière fois en juin 1895. A ce moment, un examen minutieux nous a montré qu'il n'y avait aucune trace de récurrence; la malade ne souffre nullement, et sa santé est excellente.

Cette observation nous semble présenter un grand intérêt pour l'étude des indications opératoires et le pronostic des tumeurs végétantes de l'ovaire. Nous ferons remarquer d'abord l'énorme développement acquis par la tumeur en quelques mois, l'apparition brusque de l'ascite qui se reproduit en abondance aussitôt après chaque ponction. Tout cela ayant débuté brusquement et pour ainsi dire en pleine santé. A ce propos nous ne craignons pas de revenir de nouveau sur ce point, sur lequel ont insisté avec raison **Olshausen**, **Pfannenstiel**, **Coblenz**, etc..., c'est qu'avec l'apparition de l'ascite le pronostic de ces tumeurs change singulièrement. Pour certains auteurs, ceci serait dû à ce que la tumeur entre dans une période d'activité cellulaire, pour d'autres, ce serait le résultat d'une transformation anatomique et d'une dégénérescence carcinomateuse. Mais on ne saurait encore aujourd'hui se prononcer sur ce point malgré les recherches histologiques récentes. (**Pfannenstiel**). On peut voir, par la description de l'opération, que l'ablation de ces tumeurs constitue une intervention laborieuse, grave, et nécessitant de la part de l'opérateur une technique sûre et variée. (**Freund**). Enfin le cas avait paru si grave qu'on avait hésité, pendant un certain temps, à intervenir; aussi, nous croyons devoir citer cette observation, pour montrer que les contre-indications à l'opération doivent être de plus en plus restreintes, celle-ci dut-elle être partielle ou simplement exploratrice. (Voir Ch. **Traitement**.)

OBS. VIII (inédite). — KYTE PROLIFÈRE PAPILLAIRE DES DEUX OVAIRES, PROPAGATION AU PÉRITOINE PELVIEN. — ADHÉRENCES INTESTINALES. — PÉRITONITE CHRONIQUE. — ABLATION. — DRAINAGE. — GUÉRISON. (Service de M. le Dr Pozzi).

M... Adrienne, 35 ans, entre à l'hôpital Pascal le 25 mars 1893. Régée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement; les menstrues étaient assez abondantes et duraient 4 à 5 jours. Première grossesse à 22 ans, terminée par un accouchement normal. 2^e grossesse à 24 ans, et 3^e grossesse à 30 ans. La malade a toujours souffert du ventre depuis son mariage, ces douleurs disparaissaient pour quelque temps au moment de la menstruation.

Depuis deux ans elle s'est aperçue qu'elle avait, du côté gauche, dans l'hypogastre une tumeur dure du volume d'un œuf. Cette tumeur était la cause de douleurs assez vives, intermittentes, disparaissant au moment des règles. Pas de leucorrhée, ni de métrorrhagie. La tumeur a augmenté depuis six mois; les douleurs semblent avoir pris une plus grande intensité, et s'irradient dans les lombes, et sur le trajet des nerfs sciatique et crural. La constipation a toujours été opiniâtre, mais les selles sont devenues douloureuses et s'accompagnent de ténésme rectal.

Depuis deux mois, l'abdomen a augmenté rapidement de volume; mais en examinant la malade on voit que l'augmentation du ventre relève bien plus de l'ascite que de l'évolution de la tumeur. En effet, en explorant l'abdomen, on voit que les dimensions perçues par la malade deux ans auparavant ont peu changé. L'état général est assez bon, l'amaigrissement a été peu notable; néanmoins la malade semble très fatiguée. L'appétit est bon ainsi que la digestion. Les urines sont normales en qualité et en quantité.

Examen préopératoire. — L'utérus est abaissé, le col est repoussé en arrière du pubis. Dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve une tumeur dure du volume d'une tête de fœtus à terme.

Elle est assez mobile dans la cavité pelvienne, mais semble faire corps avec l'utérus qu'elle entraîne dans les différents mouvements provoqués. Par le palper, on sent, à gauche et à 4 travers de doigts au-dessus du pubis, une tumeur bilobée, dure, très mobile, paraissant s'insérer sur la corne gauche de l'utérus. M. Pozzi, malgré l'absence de métrorrhagie porte le diagnostic de corps fibreux probables, multiples dont un enclavé dans le petit bassin. L'ascite symptomatique dépendant probablement de la mobilité extrême des corps fibreux.

Opération 18 avril. — L'ouverture du ventre donne issue à une

assez grande quantité (8 litres environ) d'un liquide transparent, de couleur citrine. On aperçoit alors la tumeur à travers l'incision abdominale qu'on a prolongée jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est très irrégulière, elle contient des parties bosselées et lisses, des saillies recouvertes de végétations papillaires en choux-fleurs, des parties solides très dures, et des parties liquides. Celles-ci sont ponctionnées et donnent issue à un liquide rougeâtre, légèrement trouble : les ponctions diminuent peu à peu le volume de la tumeur qui dans son ensemble forme une tumeur solide.

Après avoir reconnu les connexions de la tumeur, **M. Pozzi** procède à son isolement. Ce temps fut très laborieux et délicat. On se débarrassa d'abord des adhérences intestinales et épiploïques, ce qui fut fait sans trop de difficulté. En contournant la tumeur avec la main, on s'aperçoit qu'elle adhère partout aux parties voisines. En dehors aux parois de la cavité pelvienne; en dedans à l'utérus avec lequel elle semble faire corps, et auquel elle est accolée par une large base d'implantation due surtout à l'infiltration néoplasique du ligament large. On a pu croire un instant qu'il serait impossible de former un pédicule. Néanmoins, **M. Pozzi** arrive peu à peu à l'isoler des parties voisines; mais vu la largeur du pédicule et la dureté des tissus qui le forment, on ne peut tenter de lier la tumeur à ce moment. Pour obvier à cette difficulté, **M. Pozzi** assure une hémostase préventive avec une ligature élastique qu'on repousse le plus loin possible dans la cavité pelvienne. La tumeur étant ainsi pédiculisée, on s'en débarrasse. On fait ensuite une ligature en chaîne au-dessous du lien élastique avec quatre anses de grosse soie entrecroisées. Le pédicule qui contient de très gros vaisseaux reste encore très épais. On enlève la ligature élastique et les broches qui y avaient été placées momentanément, on régularise le moignon qui est fortement cautérisé au thermocautère.

On s'aperçoit alors que la tumeur envoie des prolongements dans la cavité de Douglas, qui est tapissée de masses végétantes. On essaie de les décortiquer et on y arrive en grande partie lorsqu'une hémorrhagie assez abondante se produit. Le sang provenait du ligament large gauche qui avait été déchiré pendant ces manœuvres. **M. Pozzi** saisit entre les doigts les feuillets du ligament et place à ce niveau deux pinces à ligaments larges. L'hémorrhagie s'arrête.

On enlève ensuite les annexes du côté droit l'ovaire volumineux mais non déformé, est dégénéré et présente des végétations à sa surface. Il adhère également à l'utérus. Suture en chaîne du pédicule (3 anses). L'hémostase persiste malgré un suintement en nappe

provenant du péritoine pelvien et de la face postérieure de l'utérus; il suffit pour l'arrêter de tamponner avec des compresses stérilisées. On fait une toilette minutieuse de la cavité pelvienne qui est débarrassée des caillots et des parcelles des végétations papillaires qui étaient tombées pendant les manœuvres de décortication. A part deux ou trois végétations qui siégeaient sur l'intestin et l'épiploon au niveau de leurs adhérences avec la tumeur du côté gauche, le reste de la cavité péritonéale semble saine.

On place un drainage de Mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas. On laisse en place les deux pinces placées sur le ligament large gauche, et on les isole soigneusement de l'intestin par une large lanière de gaze iodoformée. Suture à trois plans avec un surjet de catgut pour fermer la partie supérieure de la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Elles ont été remarquablement bénignes. La malade s'est fort peu ressentie de ce grave traumatisme.

19 avril. — Changement du pansement extérieur qui est peu imbibé; ablation des pinces à ligaments et des lanières qui les protègent au bout de 48 heures; le suintement continue à être peu abondant.

21 avril. — On enlève les lanières contenues dans le sac de Mickulicz et on les remplace par d'autres.

22 avril. — Ablation du sac; introduction d'une simple lanière de gaze iodoformée.

23 avril. — La température s'élève brusquement à 39°4, on refait le pansement, et en retirant la lanière on s'aperçoit qu'il y avait de la rétention d'une certaine quantité de liquide séro-purulent.

24 avril. — On remplace les lanières par deux drains afin de mieux assurer le drainage, et la température qui était encore ce jour-là de 39°1 retombe le lendemain à la normale. Les pansements sont faits tous les jours. Réunion par première intention de la partie supérieure de la plaie.

7 mai. — L'orifice laissé par le drainage est très petit, mais le trajet en est encore assez profond.

On remplace les drains par des lanières pour activer la cicatrisation.

13 mai. — Il ne reste plus qu'un petit bourgeon charnu qui s'épidermise rapidement. L'examen local montre que les culs-de-sac sont tout à fait libres, l'utérus est redevenu mobile, et par le toucher combiné on constate que la cavité pelvienne est tout à fait libre et que l'ascite ne s'est pas reproduite. Quant à l'état général il est excellent, la malade a augmenté de 10 livres.

Suites éloignées. — Cette malade qui habitait la province n'a jamais été revue depuis son départ de l'hôpital. Nous lui avons écrit dernièrement, et elle nous a répondu qu'elle continuait à être en excellente santé, qu'elle ne souffrait plus du ventre, que sa cicatrice était parfaite (mai 1895).

L'analyse de cette observation montre plusieurs points qu'il importe de faire ressortir. Comme on le remarque très souvent dans des cas analogues, il y a eu ici une période d'évolution latente très longue. Grâce aux renseignements donnés par la malade, grâce aussi à la situation superficielle d'une partie de la tumeur, nous voyons qu'elle existait il y a deux ans, et qu'elle avait déjà à cette époque des dimensions sensiblement les mêmes que le jour de son entrée dans le service. Jusqu'à il y a deux ans, on ne note aucun trouble ; depuis, on relève des troubles pelviens assez marqués. Tout à coup le tableau change, l'ascite apparaît et avec elle des modifications sensibles dans l'état général. Cette observation vient à l'appui de l'opinion de plusieurs orateurs qui disent que l'évolution de ces tumeurs est en général très lente (**Olshausen, Freund, Pfannenstiel**). Elle montre également que ces tumeurs deviennent tout à coup, et sans que nous en sachions la raison, cliniquement malignes. Nous donnerons à cette seconde période le nom de *période ascitique*, qui est bien connue et décrite par les auteurs. Quant à la période *préascitique*, elle est encore aujourd'hui peu connue et tout ce qu'on peut en dire c'est qu'elle est souvent très longue.

Nous ferons également remarquer combien le diagnostic présente quelquefois de difficultés.

Dans le cas actuel, **M. Pozzi** même, avec l'aide du sommeil chloroformique n'avait pu formuler que le diagnostic opératoire pour une tumeur solide et probablement fibreuse.

La première partie du diagnostic a été seule justifiée, la dégénérescence papillaire prédominant fortement sur les cavités kystiques. Ici encore nous ferons ressortir la difficulté de l'opération ; la situation intraligamentaire d'une grande partie de la tumeur fait qu'on s'expose, si on n'y prend garde, à léser les organes voisins (vaisseaux iliaques et leurs branches, la dernière portion de l'uretère, etc). L'absence de pédicule est encore venue compliquer le temps de l'ablation ; et nous croyons utile d'insister sur la technique opératoire suivie alors par **M. Pozzi**. Notre maître ne pouvant assurer l'hémostase par une ligature, et ne voulant pas prolonger une opération si grave, a délibérément placé deux pinces à ligaments sur les points qui donnaient du sang, et il les a laissées en

place pendant 48 heures, après les avoir bien isolées pour éviter de blesser l'intestin. Or, ces pinces qui ont été très bien supportées ont assuré une hémostase complète et rapide. Nous croyons que c'est là une excellente technique, qui rendra des grands services dans des cas analogues.

OBS. IX. — (Inédite. Service de M. le Dr Pozzi). KYSTE INTRALIGAMENTAIRE VOLUMINEUX DU CÔTÉ DROIT. — TUMEUR PAPILLAIRE VÉGÉTANTE DE L'OVAIRE GAUCHE. — LAPARATOMIE. — DRAINAGE. — GUÉRISON.

F... Georgette, 30 ans, entre le 16 janvier 1894 à l'hôpital Broca. Réglée à 11 ans, elle a une grossesse à 23 ans avec accouchement à terme. Depuis cette époque la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre et de leucorrhée. Il y a 3 ans (1891) la malade se plaint qu'elle a dans le bas ventre, au niveau de la fosse iliaque, une tumeur du volume d'un gros œuf et siégeant du côté droit. Cette tumeur n'a pas augmenté de volume jusqu'à il y a six mois, époque depuis laquelle elle s'est considérablement développée. En novembre 1893, la malade éprouve une douleur subite, spontanée, syncopale, ayant débuté dans le bas-ventre; cette douleur gagne tout le ventre qui devient douloureux et s'accompagne de nausées, de vomissements, de sueurs froides et de frissons. La malade est obligée de s'aliter pendant 15 jours, durant ce temps elle constate que son ventre a pris un développement rapide.

Examen. — Etat général bon, fonctionnement normal de tous les organes. Par le palper on sent que l'abdomen est occupé par une tumeur molle fluctuante, formée de plusieurs lobes accolés. Cette tumeur remplit le petit bassin et la fosse iliaque droite. Par le toucher combiné on sent que le cul-de-sac latéral gauche est occupé par une tumeur assez dure, douloureuse, légèrement renitente, séparée de l'utérus par un sillon et n'appartenant pas à la grande tumeur kystique; l'utérus est en antéversion légère, peu mobile et repoussé à droite. Le cul-de-sac postérieur est libre; le droit bombe légèrement dans le vagin, mais est dépressible. Par la percussion on se rend compte qu'il n'existe pas d'ascite.

Opération le 14 février. — A l'ouverture du ventre il s'écoule une petite quantité de liquide ascitique. On ponctionne deux grosses poches kystiques contenant un liquide clair et visqueux. Lorsqu'on cherche à amener la tumeur au dehors, on constate qu'il existe une autre poche développée dans les replis du ligament large droit; cette poche est ponctionnée, mais il s'en écoule très

peu de liquide. M. Pozzi fait à sa surface une petite incision et arrive ainsi à l'énucléer assez facilement de l'épaisseur du ligament. Ce temps opératoire donne lieu à un suintement de sang assez abondant qu'on arrête par le tamponnement d'abord et par un surjet au catgut ensuite. On enlève ensuite la partie libre du ligament avec une double ligature entrecroisée à la soie. On procède ensuite à l'ablation des annexes gauches, dont l'ovaire est transformé en une masse solide, végétante du volume d'un œuf de dinde. Cet ovaire adhère au péritoine de la face postérieure du ligament large, au cul-de-sac de Douglas, et un peu à la face postérieure de l'utérus. Après la ligature du pédicule et sa section on observait qu'un suintement assez abondant résulte de cette décortication. Elle est arrêtée par le tamponnement avec des compresse stérilisées. On place néanmoins par précaution un drainage capillaire à la gaze iodoformée.

Examen des pièces. — A droite, il s'agit d'un kyste multiloculaire présentant tous les caractères des kystes prolifères glandulaires ; mais la section de la poche intraligamentaire montre qu'il existe à sa surface interne des végétations papillaires peu nombreuses d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'une amande. A gauche l'ovaire est transformé en une masse végétante, solide, d'aspect gris nacré ; à la section, on constate quelques petits kystes ressemblant aux kystes folliculaires.

Suites opératoires. — Normales : On supprime le drainage au bout de 8 jours ; néanmoins le trajet reste fistuleux, et il s'enécoule un liquide purulent assez abondant. On essaye à plusieurs reprises d'en obtenir l'oblitération par le tamponnement, les cautérisations et le râclage. Malgré cela la fistule persiste, et la suppuration augmente. On fait une nouvelle tentative pendant laquelle on retire une petite compresse ; la guérison survint ensuite rapidement. Cette malade a été revue une fois depuis sa sortie de l'hôpital trois mois après environ. Elle était en très bonne santé ; nous n'avons pu la revoir depuis.

Il est intéressant de remarquer à propos de cette observation l'existence d'une double tumeur ovarienne. D'un côté une tumeur végétante franchement papillaire, de l'autre, un kyste mixte, sans végétations externes. Dans ce kyste, deux poches présentent les caractères des kystes prolifères glandulaires, la troisième qui est ligamentaire offre en même temps des saillies papillaires qui la font entrer dans la catégorie des *tumeurs mixtes glandulo-papillaires*. — Quoique nous n'ayons pu revoir cette malade, nous pensons qu'on peut porter un pronostic favorable, car elle a été opérée

à un moment où les lésions péritonéales étaient limitées à la cavité pelvienne, et où il n'y avait pas encore d'ascite. Néanmoins il est intéressant de remarquer l'absence, pour ainsi dire complète, de l'ascite dans un cas où il y avait un kyste volumineux d'un côté, et de l'autre une tumeur végétante franchement papillaire du volume d'un œuf de dinde.

OBS. X. — TUMEUR PAPILLAIRE DE L'OVAIRE. — ABLATION INCOMPLÈTE EN 1885. — DRAINAGE. — GUÉRISON AVEC PERSISTANCE D'UNE FISTULE ABDOMINALE A CE NIVEAU. — RÉCIDIVE DANS L'OVAIRE GAUCHE LE LONG DU TRAJET FISTULEUX. — SECONDE LAPARATOMIE EN 1894. — Guérison (Observation inédite. Service de M. Pozzi).

V.... Marie, âgée de 36 ans, entre le 22 mai 1894 à l'hôpital Broca. Régulée à 18 ans, bien réglée et sans douleurs. Mariée à 18 ans, elle accouche un an après d'un enfant à terme. Pas de fausse couche. En 1888, la malade s'aperçoit que son ventre augmente rapidement de volume. On fait le diagnostic du kyste de l'ovaire, et on pratique 6 ponctions pour la débarrasser de l'ascite qui se reproduit très vite. Au mois d'octobre 1888, elle entre à la Pitié dans le service de M. Polaillon, qui fait une laparatomie et lui enlève un kyste végétant de l'ovaire droit. Après cette intervention l'état général s'améliore rapidement, mais il persiste au niveau du drainage une fistule par où s'écoule un liquide transparent, abondant.

Nous avons l'honneur à ce moment d'être l'externe de M. Polaillon, et nous fûmes chargé des pansements ultérieurs. Or, en outre du liquide abondant signalé plus haut, il existait en même temps des petites masses végétantes qui sortaient par la fistule, et dont on favorisait l'expulsion avec des éponges introduites dans le trajet. On ramenait ainsi à chaque pansement des petites verrues en chou-fleur. Il y avait donc une récurrence locale. Six mois après M. Polaillon fait une seconde opération dont le but est de tarir cet écoulement, et fait un débridement dans la fosse iliaque qui est drainée. Mais la fistule médiane n'en persiste pas moins, et il y a deux ans, en 1892, on voit apparaître au niveau de son orifice un petit bourgeon fongueux qui se développe progressivement. L'état général reste bon.

Actuellement, on voit à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, une petite tumeur papillaire du volume d'une orange, faisant hernie entre les deux lèvres de la fistule. Au milieu de la

tumeur on constate une petite ulcération sécrétant un peu de pus. Cette tumeur paraît se prolonger dans le bassin, et se continue avec une masse intra-abdominale assez volumineuse.

La fistule laisse écouler continuellement une assez grande quantité de liquide citrin, qui à l'analyse présente tous les caractères d'un liquide ascitique. La quantité peut en être évaluée à *un litre* par 24 heures. Or la malade ne se plaint que de l'incommodité de cet écoulement constant, elle ne souffre nullement dans le ventre, et sa santé générale est excellente. Elle entre dans le service, demandant qu'on la débarrasse de cette infirmité.

Opération. — 4 Juin 1894. — Incision cernant le bourgeon abdominal. On pénètre dans l'abdomen un peu au-dessus de l'ancienne cicatrice. On achève l'incision et l'excision presque complète du bourgeon abdominal avec des ciseaux. Ce bourrelet tient encore par la partie profonde à une tumeur intra-pelvienne, du volume d'une tête de fœtus, constituée pour une autre partie plus profonde papillaire. Celle-ci adhère fortement au cul-de-sac de Douglas, où elle est enclavée. On la décortique avec peine et une certaine violence, et on l'attire à l'extérieur. Une ligature en chaîne comprenant 4 points de suture est placée à sa base. On est obligé de mettre provisoirement deux pinces à mors longs sur un point du ligament large déchiré où la tumeur était incluse. Elles sont ensuite remplacées par un surjet à la soie. On nettoie avec soin le péritoine qui contenait quelques débris papillaires, et l'on constate que la tumeur appartenait aux annexes gauches, les droites ayant été enlevées lors de la première opération (1888). L'utérus est tout à fait enfoui sous des adhérences, mais on sent facilement son contour. Tamponnement aseptique du péritoine, suture des parois.

Examen des pièces. — L'ovaire est transformé en une masse papillaire, et la trompe oblitérée forme un sac rempli d'une grande quantité de végétations.

Suites opératoires. — Elles ont été très simples. La malade ne se plaint que de quelques douleurs lombaires. Pas de température, pouls très bon.

6 juin. — Le troisième jour le tamponnement est enlevé et remplacé par une mèche de gaze iodoformée que l'on change tous les jours.

7 juin. — Brusque élévation de température, 39°, la malade tousse, se plaint d'un point de côté, l'auscultation révèle des signes de congestion pulmonaire. — 10 juin. La malade ne tousse plus et va très bien. — 13 juin. La température redevient normale. La réunion est parfaite, il ne reste plus que l'orifice du drainage qui diminue du reste tous les jours. — 5 juillet. La malade se lève

malgré la persistance d'une petite fistulette, l'état général et local sont excellents. — 10 juillet. On cautérise le trajet au nitrate d'argent, ce qui est insuffisant, et M. Pozzi pratique un grattage des parois du trajet le 29 juillet. A partir de ce moment, la fistule se comble rapidement et le 10 août elle est complètement guérie, et il ne reste plus qu'une cicatrice ombiliquée.

La malade sort le 31 août complètement guérie, elle est revenue depuis cette époque plusieurs fois dans le service : à chaque visite on l'examinait et on constatait qu'il n'y avait aucune trace de récurrence. Nous l'avons vue dernièrement (mai 1895) la cicatrice est solide, il n'existe aucune trace de récurrence locale. Le ventre est souple et ne contient ni tumeur ni liquide, la santé est parfaite.

Cette observation est un remarquable exemple de récurrence ou plutôt de greffes *in situ*. La persistance d'un trajet fistuleux, n'inquiétant pas autrement la malade que par l'abondance du liquide qui s'en écoulait, pendant six ans sans aucune espèce de complication ni d'infection, est un point qui mérite d'être retenu. Il existait donc là un trajet tapissé de végétations papillaires, qui s'est comblé peu à peu et est venu former au dehors un champignon papillomateux. A côté de cette récurrence sur place, on a pu assister à une récurrence des annexes qui avaient été laissées en place. Ces deux particularités montrent avec combien de soins on doit faire après l'opération la toilette de la cavité pelvienne, et aussi l'utilité d'enlever dès le début les annexes des deux côtés. Malgré la récurrence ovarienne, malgré la perte considérable pour l'organisme d'une grande quantité de liquide (un litre environ par 24 heures) il est intéressant de voir que la malade conserve une santé excellente. Nous signalerons aussi l'absence complète d'ascite, et d'infection de la grande cavité abdominale ; la situation intraligamentaire d'une partie de la tumeur. Quel doit-être le pronostic pour l'avenir ? Nous pensons qu'il sera favorable : et pour cela nous nous baserons sur l'évolution essentiellement bénigne de la tumeur pendant six ans, et sur la guérison qui persiste un an après l'opération.

OBS. XI. (Inédite : Service de M. Pozzi). — TUMEUR PAPILLAIRE DE L'OVAIRE. — MÉTASTASE PÉRITONÉALE MULTIPLE. — ÉVOLUTION MALIGNE. — LAPARATOMIE EXPLORATRICE. — MORT.

Mme Tr..., 53 ans, entre le 16 avril 1895 à l'Hôpital Broca. Régliée à 11 ans, régulièrement dès le début. Grossesse à 20 ans, terminée par un accouchement à terme. En 1878, elle eut une pelvi-péritonite dont elle guérit après de longs mois en conser-

vant une leucorrhée abondante. Ménopause il y a deux ans. Un an après elle tombe malade, elle vient à l'hôpital où on ne put la recevoir. Elle devait revenir à la consultation prochaine, mais ne revint pas. Quelques jours après elle est prise de phénomènes de pelvi-péritonite avec fièvre, ventre ballonné et douloureux. Au bout de deux mois elle est guérie et elle reprend ses occupations journalières. Sa santé reste satisfaisante jusqu'à environ un mois et demi avant son entrée à l'hôpital.

Actuellement la malade présente tous les signes d'une cachexie avancée, les téguments sont décolorés, la flaccidité de la peau indique un amaigrissement rapide et accentué. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème très prononcé.

Le ventre est globuleux et distendu fortement par l'ascite et par du tympanisme intestinal. On fait une ponction pour soulager la malade qui est très oppressée; et la paralysie intestinale est si marquée qu'on est obligé de ponctionner près de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On retire ainsi 10 litres de liquide transparent et de couleur citrine. La malade est soulagée, mais l'ascite se reproduit rapidement, et l'état général déjà précaire s'aggrave de plus en plus.

Opération, le 3 Mai 1895. --- L'incision du péritoine laisse écouler 4 litres et demi d'un liquide sanguinolent. La main introduite par la plaie abdominale tombe sur des masses dures recouvertes de végétations papillaires, occupant toute la partie inférieure de l'abdomen et ayant contracté des adhérences multiples avec les parois et les anses intestinales. Il devient évident qu'on ne peut songer à les enlever. On explore ensuite la région péri-ombilicale et on tombe sur une grosse masse végétante développée dans le grand épiploon épaissi, retractoré et dégénéré. M. **Pozzi** enlève cette masse en la détachant à petit coups de ciseaux du côlon qui lui adhère intimement. Cette décortication fut laborieuse, mais on put néanmoins enlever toute la masse dégénérée.

On place ensuite plusieurs mèches de gaze stérilisée entourant un gros tube en caoutchouc pour favoriser l'écoulement de la sécrétion péritonéale.

En examinant la pièce on voit qu'elle est formée d'un tissu dur lardacé, d'aspect carcinomateux, laissant échapper par pression un liquide crémeux d'aspect purulent. Une partie de la tumeur est kystique, et on observe à l'intérieur de la poche des végétations papillaires semblables à celles qu'on trouve ailleurs et sur la surface de la tumeur elle-même.

La malade succombe trois jours après aux progrès de la cachexie.

Cette observation montre les désordres que peuvent produire certaines tumeurs végétantes arrivées à une période de leur évolution. Il se peut que si cette malade avait été opérée un an auparavant, elle eut bénéficié d'une intervention faite à temps. En effet à cette époque la malade s'était déjà aperçue d'une tumeur dure, un peu douloureuse, située dans le bas-ventre du côté gauche et donnant lieu à des phénomènes de compression. Elle ne se représente pas à la consultation, et reste pendant 11 mois environ bien portante, lorsque brusquement son affection fait des progrès rapides, et en six semaines, elle devient cachectique.

Dans ces conditions, il est plausible d'admettre que la tumeur a subi une dégénérescence carcinomateuse à laquelle la malade a succombé. Jadis on attribuait aux laparatomies exploratrices pour tumeurs végétantes de l'ovaire la cause des morts rapides qu'on observait à leur suite. Nous croyons au contraire que l'échec était dû à ce qu'on intervenait alors trop tard, et à une période où l'évolution de la tumeur est devenue essentiellement maligne. En effet, nous avons trouvé dans la littérature médicale française et étrangère des exemples probants où la laparatomie a dû rester exploratrice à cause des complications, et où cependant on a observé soit une amélioration considérable et persistante (**Ricard** communication verbale), soit un véritable arrêt dans le développement de la tumeur (**Cleveland, Seetagin** etc.). On a signalé aussi des guérisons durables même après des ablations partielles et incomplètes (**Seetagin, Thornton, Freund, Theilhaber, Mundé**, etc.) Aussi malgré l'insuccès opératoire de ce cas, nous prétendons qu'on doit intervenir même dans les cas qui semblent désespérés, car on ne peut pas présumer du résultat.

OBS. XII. — **TERRIER et Pozzi.** — TUMEUR SOLIDE (ÉPITHÉLIOMA MYXOÏDE) DES DEUX OVAIRES. — DRAINAGE DU CUL-DE-SAC RÉTRO-VAGINAL. — GUÉRISON. — *Soc. de chir.* Séance du 18 décembre 1878. *Bull. de la Soc.*, t. IV, p. 822.

Marie B..., 25 ans, jeune fille vigoureusement constituée, a été réglée à 14 ans, mais d'une façon très irrégulière ; elle fut atteinte de chloro-anémie à 19 ans, aménorrhée complète qui dura 4 ans.

En avril 1876 survinrent des douleurs abdominales qui durèrent 3 semaines ; il y eut du ballonnement du ventre, de la fièvre et on crut à une péritonite. Après cette crise violente, le ventre resta volumineux et commença à s'accroître sans douleurs toutefois.

L'aménorrhée dura jusqu'en janvier 1877 ; à cette époque les règles reparurent et restèrent régulières jusqu'à maintenant.

31 août 1876. On fit une première ponction qui donna issue à 10 litres de liquide citrin. Le 28 novembre, deuxième ponction, évacuation de 12 litres du même liquide ; injection de 100 gr. de teinture d'iode, bien que le diagnostic formulé par le médecin traitant fût ascite. A la suite de cette opération survinrent des douleurs vives, de la fièvre, du ballonnement du ventre ; ces accidents durèrent un jour et demi. En somme il y eut une légère péritonite.

Le liquide se reproduisit rapidement, mais avec moins d'abondance ; une troisième ponction fut faite le 14 juin 1877 et donna issue à 13 litres de liquide. Nouvelle injection iodée de 150 gr. suivie d'une péritonite violente qui dure 15 jours. 3 semaines après le ventre était aussi gros qu'auparavant.

La malade se mit alors entre les mains d'empiriques et fut soumise à des purgations répétées ; quoi qu'il en soit, l'ascite diminua notablement et demeura stationnaire pendant 8 mois.

Le 2 mars 1878, quatrième ponction évacuant 16 litres de liquide ; l'épanchement ne se reproduisit qu'au bout de 7 semaines.

Le 22 juin, cinquième ponction, évacuant 14 litres de liquide.

Ce fut à la fin d'août 1878, que la malade fut adressée à M. le docteur **Pozzi**.

Le ventre offrait le volume qu'il présente au terme de la grossesse : la fluctuation très superficielle est transmise uniformément dans toutes les directions. La sonorité est localisée au niveau de l'épigastre, les changements de position de la malade ne la font pas se déplacer. Par le toucher vaginal on n'atteint que très difficilement le col, et on ne peut rien sentir dans les culs-de-sacs. L'état général est excellent, sauf des digestions un peu laborieuses et une constipation opiniâtre qui oblige la malade à user des pilules purgatives. La marche est rendue pénible par le poids de l'abdomen, aucun travail n'est possible, aussi M^{lle} B... réclame-t-elle avec insistance une opération.

Pour faciliter l'exploration de l'abdomen et formuler un diagnostic, M. **Pozzi** fait une nouvelle ponction (6^e) qui permet d'évacuer 14 litres d'un liquide parfaitement citrin et fluide, légèrement mousseux.

Le Dr **Mélin** qui voulut bien se charger de l'examen chimique de ce liquide le considère comme un liquide d'ascite, probablement produit par la présence d'une tumeur solide (utérine) ? Ce liquide contient d'assez nombreux leucocytes pour justifier la présence de quelques flocons d'albumine.

Le liquide a laissé 54 gr. de matières fixes par kilogramme. **M. Chambard**, préparateur au laboratoire d'histologie du Collège de France, a étudié le même liquide, au point de vue micrographique.

« Le liquide, dit-il, est fortement chargé de mucine; il ne contient comme éléments figurés, que d'assez nombreuses cellules lymphatiques gonflées par la transformation muqueuse de leur protoplasma, et très analogues aux cellules dites salivaires; on y trouve aussi quelques hématies et de rares lamelles de *cholestérine*. L'examen le plus attentif n'a pas permis d'y découvrir aucune cellule épithéliale. »

Après cette ponction, le palper abdominal permit au Dr **Pozzi** de sentir très nettement une tumeur dans le flanc gauche. Cette tumeur paraissait avoir le volume d'une tête de fœtus à terme, sa consistance était élastique, ses connexions avec l'utérus paraissaient intimes, car les mouvements imprimés à la masse morbide se transmettaient au col, exploré par le toucher vaginal. La mobilité de la tumeur était très nette, mais peu étendue. A droite, la tumeur déborde sensiblement la ligne médiane, mais paraît s'enfoncer dans le petit bassin où on la suit difficilement.

Je fus appelé à voir la malade quelques jours après la ponction, alors que du liquide s'était déjà reproduit dans l'abdomen, le diagnostic posé après une étude attentive des antécédents et de l'état actuel, fut : « Tumeur solide de l'ovaire gauche avec un grand kyste, ou bien plutôt avec une ascite symptomatique. » L'intervention chirurgicale fut jugée possible, bien que les connexions étroites de la tumeur avec l'utérus fissent présager de grandes difficultés opératoires.

L'opération fut pratiquée le 26 septembre 1878 par le Dr **Pozzi**, avec ma coopération et avec l'assistance des Drs **Charles Monod**, **de Sinéty**, **Le Blond** et **Schwartz**.

Incision de 8 centimètres sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, grande vascularité des parois abdominales, nécessitant l'application de nombreuses pinces hémostatiques. L'ouverture du péritoine donne issue à une grande quantité de liquide ascitique : on aperçoit alors une masse mamelonnée en chou-fleur qui remplit toute la cavité pelvienne et remonte jusqu'à l'hypogastre.

Cette masse qui paraît formée par une multitude de petits kystes agglomérés, offre le volume d'une tête de fœtus à terme. En portant la main autour d'elle, on constate qu'elle est libre dans toute son étendue, sauf au niveau du ligament large, et de l'utérus qu'elle coiffe pour ainsi dire, et avec lequel elle paraît faire corps. L'incision abdominale, jugée insuffisante pour extirper cette

tumeur, fut prolongée à gauche, en contournant l'ombilic, et dans une étendue de quatre centimètres.

Passant alors ma main en arrière de la cavité polykystique, je parvins à la séparer en deux parties et à la circonscrire à droite en la dégageant du cul-de-sac recto-vaginal où elle était enfoncée. Une broche et une anse de fil de fer furent placées à la base de ce segment gauche de la tumeur sur le pédicule de l'ovaire gauche, près de l'angle gauche de l'utérus qu'on a pu découvrir entre les deux principaux lobes de la masse polykystique. Le serre-nœud étant placé, le pédicule de la tumeur fut solidement étreint, puis la section fut faite à l'aide d'un couteau à amputation, la ligature et la section comprenaient la trompe gauche ; il en résulta une sorte de moignon épais et presque sessile.

La même opération fut faite pour le lobe droit ; toutefois, ce lobe, plongeant jusqu'au fond de l'excavation pelvienne, dans le cul-de-sac recto-vaginal, il fut très difficile de le faire basculer en avant, de manière à l'attirer au dehors. Une broche et une première ligature en fil de fer furent aussitôt placées sur le pédicule qui n'était autre que la trompe gauche.

Les deux tumeurs polykystiques ainsi élevées, on se trouvait en présence de deux pédicules qui beaucoup trop courts ne pouvaient être fixés au dehors. Il fut donc résolu de substituer aux deux ligatures métalliques des ligatures de catgut, de manière à laisser les deux pédicules dans l'abdomen. Deux ligatures furent appliquées à gauche, trois autres du côté droit. Cette partie de l'opération fut la plus longue et la plus laborieuse. Il fallut ensuite nettoyer avec soin le petit bassin souillé par du sang, et de nombreux débris de la tumeur qui s'est pour ainsi dire émietlée partiellement, sous forme de fragments ayant l'aspect d'hydattides.

La cavité abdominale offrait alors un aspect très singulier ; le péritoine pariétal représentait une rougeur lie de vin, indice d'une vascularisation exagérée, à laquelle, comme on l'a vu, les parois abdominales avaient elles-mêmes participé.

Les intestins, réunis en un paquet volumineux, étaient parfaitement maintenus par des adhérences et n'avaient aucune tendance soit à faire hernie hors de la plaie, soit même à descendre dans le petit bassin.

Ces deux particularités : la vascularisation anormale du péritoine et l'agglutination complète des anses intestinales sont évidemment les résultats de la double injection iodée suivie de péritonite, qu'a subie la malade.

L'enkystement de l'ascite explique les incertitudes du diagnostic

formulé plus haut, la collection liquide ayant la plupart des caractères d'un grand kyste ovarique.

Par suite de cette disposition, la place occupée par la tumeur n'avait aucune chance d'être remplie par le déplacement des anses intestinales et en particulier le cul-de-sac recto-vaginal demeurait largement béant.

En présence de ce fait, M. le Dr **Pozzi** insista pour qu'un tube à drainage fût placé dans cet espace vide, où devait, forcément, lui semblait-il, se faire une exhalation séro-sanguine. A ce moment surgit une nouvelle difficulté, le fabricant d'instruments de chirurgie présent à l'opération, n'avait pas apporté de trocart. On se passa de cet instrument en faisant à l'aide de ciseau et par l'intérieur de l'abdomen une incision sur le cul-de-sac recto-vaginal, soulevé sur l'index introduit dans le vagin. Le tube fut ensuite entraîné avec des pinces.

L'utérus offrant, de chaque côté, la section des pédicules des tumeurs ovariennes, reste isolé à la partie antérieure du petit bassin, il est fortement porté en avant.

La toilette de l'excavation pelvienne achevée, le ventre fut fermé par huit points de suture profonds de fil d'argent et deux sutures superficielles. On laissait dans le ventre 9 ligatures de catgut et l'anse du tube à drainage, dont une extrémité sortait par le vagin, l'autre au-dessus du pubis.

L'opération, le pansement compris, avait duré 1 heure 1/2 en tout. Le Dr **Pozzi** fut seul à donner des soins à la malade; dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade eut une fièvre assez vive, 39°,5; du reste, pas de vomissements, pas de nausées, un peu de sensibilité du ventre, seulement du côté gauche et à la pression. Il se produisit un abondant écoulement de liquide séro-sanguinolent par le drain; des lavages à l'eau phéniquée, puis à l'eau alcoolisée et phéniquée furent faits dans le vagin et dans le drain. La malade fut sondée régulièrement.

Le 3^e jour (29 septembre), la température baissa un peu (38°,2), l'état général paraissait meilleur, les douleurs provoquées par la pression du ventre étaient disparues.

La suppuration apparaissant au niveau du drain et dans le vagin, la température s'éleva les jours suivants et atteignit 39°,8 le 7^e jour qui suivit l'opération; toutefois, vu l'absence de tout accident du côté des voies digestives et du péritoine, la malade pouvait déjà s'alimenter un peu.

Les points de suture furent enlevés rapidement 6 (4 profonds et 2 superficiels) le 4^e jour et les 4 autres le 7^e jour.

A partir du 5^e jour (3 octobre 1878), l'état fébrile persista pendant

encore une dizaine de jours, tout en diminuant peu à peu; en effet, la température oscilla entre 39°,8 le 6 octobre et 38°,5 le 12 octobre. Le 7, une traction est faite sur le tube à drainage, de manière à ce qu'il cesse de passer au-dessus du pubis; du reste, un fil relie les deux extrémités dont la supérieure plonge ainsi directement dans le petit bassin, tandis que l'inférieure continue à sortir par le vagin. C'est un pas de fait vers l'ablation du tube.

On continue les injections par le drain et par l'orifice abdominal occupé précédemment par le tube à drainage.

Le 9 octobre, le toucher vaginal permet de reconnaître que le tube est tombé dans le vagin, le fil qui réunit les deux extrémités libres fait seul séton. L'orifice sus-pubien est encore béant, et des injections faites par le vagin viennent y sourdre lentement.

Le 10. — La suppuration est à peine sensible. L'injection (1 litre 1/2 environ) sort avec une légère teinte opaline; le bas-ventre commence à se déprimer, comme pour combler la cavité qu'y a laissée l'ablation de la tumeur.

Le 11. — Le tube et le fil sont retirés. L'injection faite par l'ouverture sus-pubienne ne pénètre plus; celle qu'on fait par le vagin vient encore sourdre par l'orifice sus-pubien.

Le 12. — La malade urine seule pour la première fois, et depuis on ne l'a plus sondée.

Une légère purgation provoque quelques troubles digestifs et un vomissement, le seul qu'ait jamais eu la malade.

A partir de ce jour, malgré une élévation persistante de la température, la convalescence commence; la suppuration vaginale cesse et l'orifice sus-pubien s'oblitére peu à peu, ce qui amène quelques accidents de rétention les 18, 19 et 20 octobre. Ce dernier jour, au moment où on faisait l'injection, il s'écoula environ deux grandes cuillerées de pus crémeux par l'orifice sus-pubien; une exploration faite avec une sonde en gomme permet de constater que celle-ci pénètre facilement à 40 cent. de profondeur. Il existe un peu d'empâtement à la partie inférieure de la cicatrice. Le 22 octobre, ouverture spontanée d'un petit abcès, au niveau de la partie inférieure de la cicatrice, à 2 cent. au-dessus de l'orifice du grain; il s'en écoule environ deux cuillerées de pus.

A partir de ce moment, la guérison a marché avec tant de rapidité et si régulièrement que M. le Dr Pozzi n'a plus jugé utile de rédiger l'observation jour par jour.

Les orifices sus-pubiens du drain et de l'abcès se sont fermés promptement. La malade, toujours un peu tourmentée par des digestions difficiles, repart pour son pays à la fin de novembre; elle était entièrement guérie.

Fait curieux à signaler et que je vous ai déjà mentionné à propos d'une double ovariectomie pratiquée par M. le professeur **Verneuil**, la malade de M. le Dr **Pozzi** a eu ses règles à la fin d'octobre et à la fin de novembre. Cette persistance de la menstruation, malgré l'ablation des deux ovaires, ne serait d'ailleurs pas très exceptionnelle, au dire de quelques ovariectomistes.

L'examen histologique de la tumeur fait au laboratoire d'histologie du Collège de France, par M. **Chambard**, permit de reconnaître qu'on avait affaire à un *kyste prolifère* de l'ovaire, à un *épithélioma mucoïde* de M. **Malassez**.

La guérison s'est toujours maintenue depuis cette époque. Le malade continué à donner à M. **Pozzi** des nouvelles de sa santé; et les derniers renseignements qui sont excellents datent du 1^{er} Janvier 1895. Cette observation est un exemple intéressant de guérison durable (18 ans).

OBS. XIII. — **ROUTIER**. KYSTE MULTICULAIRE VÉGÉTANT DE L'OVAIRE GAUCHE. — OVARIOTOMIE INCOMPLÈTE. — GUÉRISON. — GÉNÉRALISATION À LA PAROI ABDOMINALE ET AUX ORGANES ABDOMINAUX, UN AN APRÈS L'OPÉRATION. In Thèse de **HADGÈS**, p. 68.

M^{me} F..., âgée de 40 ans, ayant eu cinq grossesses successives et normales. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a six ans, elle ressentit des douleurs abdominales, surtout pendant la nuit, qui, du côté gauche de l'abdomen, remontaient à l'épigastre. Ces douleurs étaient plus intenses au moment des menstrues. La malade était essoufflée dès qu'elle faisait le moindre mouvement. Les urines étaient chargées d'acide urique, ce qui fit penser à un calcul de la vessie, l'examen dans ce sens resta négatif.

Il y a six mois, ces symptômes se sont accentués, le ventre a pris un volume considérable et des troubles gastriques caractérisés par de la dyspepsie, perte de l'appétit, vomissements, etc., sont venus s'ajouter aux autres symptômes.

M^{me} F... s'aperçoit par la palpation que le côté gauche de l'abdomen était plus saillant que le droit. M. le Dr **Hache** qui fut alors consulté l'adressa à M. **Routier**, à l'hôpital Laënnec.

À l'examen M. **Routier** constata qu'elle présentait des symptômes probables de kyste ovarique. Une ponction exploratrice pratiquée évacua quatre litres d'un liquide brunâtre, un peu visqueux. La tumeur s'effaça après la ponction, l'abdomen devint flasque; on constatait cependant une légère induration dans le flanc gauche.

M. le Dr **Routier** décide l'opération qu'on remet à un peu plus tard à cause de la proximité des règles. Pendant ce temps l'abdomen reprend peu à peu le volume qu'il possédait avant la ponction.

M^{me} F..., examinée de nouveau, le 15 décembre 1885, ne présente ni dysurie, ni constipation: les règles ont duré cinq jours; la langue est bonne, malgré une inappétence complète. Gêne respiratoire; à l'auscultation du thorax, on ne constate rien d'anormal. L'abdomen forme une voussure considérable; à gauche, l'ombilic est entraîné de ce côté. A travers la paroi abdominale assez épaisse, on sent une tumeur arrondie, régulière, qui arrive à huit centimètres au-dessus de l'ombilic, et débordé d'autant la ligne médiane à droite.

Dans cette zone, on sent de la fluctuation un peu partout. L'utérus est peu mobile, le col est dévié à gauche, le corps est couché du côté droit, effaçant ainsi le cul-de-sac vaginal correspondant.

Ovariectomie. — M. le Dr **Routier** procède à l'ovariectomie le 16 janvier 1886, avec l'aide de M. **Terrier**. On se trouve en présence d'un kyste sillonné de grosses veines, immobilisé dans le petit bassin, inclus dans l'épaisseur du ligament large gauche. On le ponctionne et on retire trois litres de liquide environ. L'énucléation totale étant impossible, on resèque une partie de la poche kystique. Le ligament large ayant été déchiré, trois points de suture au catgut rétablissent sa continuité.

Récurage de l'intérieur du kyste qui est garni de nombreuses végétations; les parois sont grattées avec les extrémités des doigts et les bords de la poche sont fixés à la paroi abdominale. Deux drains de vingt centimètres sont placés jusqu'au fond de la poche. Pansement à l'iodoforme; gaze de Lister et charpie de bois en sachets, tout autour de l'ouverture saturée de la paroi.

Le 25 janvier, ablation des sutures superficielles et de quelques sutures profondes. Raccourcissement graduel des drains.

Le 12 mars, cicatrisation complète; la malade se considère comme guérie et sort.

M^{me} F... meurt le 5 décembre 1886, un an après le début de l'affection, par la généralisation du néoplasme à la paroi abdominale et aux organes abdominaux. On sentait en effet, par la palpation de l'abdomen, de nombreux noyaux sur la nature desquels il n'y avait pas lieu de se méprendre. Deux mois avant le terme fatal, la cicatrice abdominale s'était rouverte et laissait écouler un liquide ichoreux et fétide.

Examen histologique. — Cet examen, fait au Collège de France, a mis en évidence qu'on avait affaire à un épithélioma mucoïde kystique à nombreuses végétations.

OBS. XIV. — LOHLEIN. *Berl. klin. wochens*, 1881, p. 733.

Une malade ayant subi une ovariectomie double pour kystes papillaires eut neuf mois de santé parfaite après cette opération.

Elle revint en novembre 1880, pour une hernie de l'angle inférieur de la plaie causée par le liquide ascitique. On sentait des éminences vésiculeuses sur l'épiploon, une nodosité dure, de la grosseur d'un œuf de poule sur le péritoine pariétal, et une infiltration du petit bassin au niveau du côté gauche du restant du pédicule.

L'épanchement péritonéal ayant augmenté, on retire par ponction un seau de pus séro-sanguinolent.

OBS. XV. — HÉGAR. *Wolkmann's Samm. Klin. Vortrage*, n° 109.

M^{me} Wehrle, 40 ans. Deux grossesses.

Papillomes des deux ovaires. La ponction exploratrice de la tumeur du côté droit donne issue à une telle quantité de petites cellules cylindriques, que Hégar voudrait en faire un signe diagnostic des papillomes ; 1 litre de liquide ascitique sanguinolent.

Tumeur gauche, réniforme, du volume d'une tête d'enfant, à plusieurs loges dont quelques-unes, rompues, présentent des végétations en choux-fleurs, saillantes dans la cavité péritonéale. Plusieurs adhérences avec l'épiploon et au voisinage d'une de ces adhérences, deux masses papillomateuses secondaires du volume d'une châtaigne et d'un pois dans l'épiploon. Ces noyaux secondaires ont la même structure que les tumeurs ovariennes et possèdent comme elles une solide capsule fibreuse.

L'adhérence avait manifestement servi de pont à l'infection. On énuclée ces noyaux secondaires. Les deux tumeurs ovariennes sont facilement enlevées.

L'opérée se lève au bout de 20 jours. Malheureusement elle a été perdue de vue depuis sa guérison.

Hégar met hors de doute le développement ultérieur de noyaux papillomateux dans le péritoine et dans l'épiploon qu'il regrette de ne pas avoir réséqués.

OBS. XVI. — NICAISE. *Soc. de Chirurgie*, 25 mars 1885.

Exemple de guérison après laparatomie exploratrice.

Incision abdominale exploratrice chez une femme de 31 ans. Ponctionnée déjà 24 fois pour une ascite entretenue par des tu-

meurs papillaires des ovaires. L'incision fit constater des tumeurs papillaires et polykystiques des deux ovaires avec greffe des tumeurs papillaires dans la fosse iliaque droite le long des vaisseaux iliaques et sur les intestins. Ablation de toutes ces tumeurs reconnue impossible.

La malade a guéri de l'opération, et la reproduction du liquide a été notablement retardée, on n'a dû refaire de ponction qu'au bout de 4 mois, puis tous les mois depuis 3 ans et demi.

Les tumeurs du petit bassin ont augmenté, mais la malade a toujours un bon état général.

OBS. XVII. — LOHLEIN. *Berl. Klin. Wochens*, 1879, p. 421.

Femme, 49 ans. Ovariectomie le 26 janvier 1879. Kystes des deux ovaires à végétations internes et externes exubérantes. Infiltration calcaire assez avancée de certains groupes de végétations. Epithélioma cylindrique sans cils vibratiles.

Infiltration de même nature dans l'épiploon qu'on n'enlève pas, pas de récurrence, 5 mois après l'opération.

Anatomie pathologique. Tumeur du côté gauche dans sa partie supérieure se présente comme une masse papillomateuse en choux-fleurs. Dans plusieurs poches de la tumeur du côté droit existent de grosses végétations papillaires manifestement anciennes, mais nulle part elles paraissent aussi vivaces que dans la tumeur gauche.

De ce côté la masse végétante est implantée sur la paroi de la cavité kystique par une base large comme un œuf de poule et d'un tronc court s'élèvent des ramifications denticulées rosées. Dans les autres loges existent des végétations nombreuses, variant de la dimension d'un pois à celle d'une fève, la plupart sessiles.

Dans plusieurs petites loges elles sont infiltrées de calcaire.

Une poche kystique ainsi remplie présente la consistance d'un sac rempli de gros sable humide. Elle est remplie de végétations exubérantes toutes infiltrées de calcaire.

A la surface des végétations s'observe un épithélium cylindrique bien développé, sur lequel on ne peut trouver des cils vibratiles. L'infection de l'épiploon paraît dans ce cas avoir eu lieu par des particules de papillomes devenues libres plutôt que par la voie d'adhérences. Les groupes de végétations épiploïques étaient disséminés loin les uns des autres sur une grande surface.

OBS. XVIII. — SPENCER WELLS. 1882, p. 55. — CANCER DES OVAIRES
CHEZ UNE ENFANT DE 13 ANS 9 MOIS.

Tumeur hypogastrique découverte il y a 8 mois, coïncidant avec l'apparition de la menstruation, obscurément fluctuante. Mort le 5 mars 1864, dix mois après l'apparition de la tumeur.

Ascite. Tumeur fixée dans le petit bassin, adhérente aux intestins, remontant presque jusqu'à l'appendice xyphoïde. Examen histologique par **Wilson Fox** : Cancer encéphaloïde de la vessie et de la paroi postérieure de l'utérus. La tumeur comprend une portion kystique, recouverte à sa surface de noyaux cancéreux et une portion solide donnant un suc laiteux au raclage.

Microscopiquement il existe la ressemblance la plus complète entre les lésions ovariennes et les autres nodules cancéreux. Dans les unes comme dans les autres, la structure générale comprend un stroma de fibres à gros noyaux et de vaisseaux capillaires, entourant des cellules et des noyaux. Le liquide fourni par raclage présente des noyaux ronds ou ovales, granuleux, avec un nucléole clair, des cellules fusiformes allongées, à noyau allongé et nucléole clair. Dans le champ du microscope, on observe un corpuscule ressemblant fortement à un follicule de **Graaf** avant sa maturité, en voie de dégénérescence.

Un kyste à paroi épaisse contenait du liquide lactescent ; toute sa paroi était formée de productions cancéreuses. Un des kystes à paroi mince, à contenu demi-transparent, clair et non visqueux, présente la structure des kystes ordinaires qui composent les tumeurs multiloculaires de l'ovaire.

Paroi fibreuse composée de cellules fusiformes disposées en faisceaux et entremêlées de fin tissu aréolaire. Des cellules cancéreuses ne s'observent que rarement dans la paroi. Le revêtement épithélial a disparu en grande partie à la face interne des kystes (altération cadavérique ?), çà et là quelques cellules aplaties. Quelques cellules tuméfiées et granuleuses à noyau indistinct adhérent encore à la paroi.

En un point, une production cancéreuse villose fait saillie dans l'intérieur du kyste.

OBS. XIX. — KYSTES MULTILOCUAIRES DES DEUX OVAIRES FORMANT UNE SEULE MASSE ; OVARIOTOMIE, DEUX PÉDICULES. — GUÉRISON (n° 14 des tables statistiques de M. TERRIER), in Th. Poupinel, 1886.

Mlle A. Michel, 22 ans. Tumeurs datant de 2 ans. Ponction exploratrice fournit un verre de liquide louche, un peu visqueux, contenant de grosses cellules épithéliales en dégénérescence muqueuse, des cellules caliciformes et cylindriques à cils vibratiles, ce liquide contenait en outre des globules de graisse, des cristaux de cholestérine et de nucine.

Ovariectomie le 19 août 1878 avec l'assistance de MM. **S. Duplay**, **Lucas Championnière** et **Périer**, en présence du professeur **Broca**, dans le service duquel cette jeune fille avait d'abord été admise. Adhérences multiples pariétales, pas d'adhérences rectales ou intestinales, rupture de kystes pendant le décollement des adhérences.

La masse ainsi isolée se compose : 1° d'une partie médiane formée par la poche kystique ponctionnée et vidée au début de l'opération (contenu : 6 litres de liquide jaunâtre, louche) ; 2° d'une autre masse polykystique située à droite, munie d'un pédicule formé par la trompe et les vaisseaux utéro-ovariens correspondants ; 3° d'une autre masse polykystique analogue à la précédente, mais située à gauche et ayant aussi un pédicule isolable et distinct. Ces deux tumeurs polykystiques latérales adhèrent très intimement à la poche moyenne vidée par la ponction. On fait alors deux pédicules, l'un à droite fixé par une broche et une anse de fil de fer ; l'autre à gauche, maintenu par deux broches et une anse de fil de fer. La malade se lève le 14 septembre et sort de l'hôpital parfaitement bien portante le 5 novembre 1878.

Cette jeune fille s'est mariée à la fin de 1881.

En mai 1885, elle se portait parfaitement bien ; n'avait jamais revu ses règles depuis l'opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur, du volume, d'une tête d'adulte, offrait à sa surface externe un certain nombre de granulations sessiles ou pédiculées, ayant les dimensions d'une tête d'épingle et présentant l'aspect de granulations tuberculeuses.

Notons que pendant l'opération des granulations analogues ont été constatées par la vue et le toucher dans le cul-de-sac recto-vaginal.

À la surface de la tumeur, on retrouve les deux trompes volumineuses, noueuses, présentant des saillies tantôt dures, tantôt molles.

La cavité du kyste principal, séparée en deux par un diaphragme incomplet, renferme un liquide visqueux, fortement coloré par du sang; les autres cavités appartenant aux gâteaux kystiques latéraux renferment tantôt un liquide clair, tantôt un liquide opaque d'aspect purulent. La surface interne du kyste principal est granuleuse, jaunâtre; ses parois, parfois très minces, présentent dans leur épaisseur de petites cavités kystiques. Enfin un petit gâteau kystique du volume d'une pomme est situé au fond et en haut de la grande cavité kystique et fait une certaine saillie dans son intérieur.

L'examen microscopique, fait au laboratoire d'histologie du collège de France par MM. les docteurs **Malassez** et **Chambard** est ainsi exposé dans une note remise à M. Terrier par M. **Malassez** (Pièce N° 77, Série D, août 1878), kyste de l'ovaire, femme de 22 ans. Volume une tête de nouveau-né. Kyste uniloculaire, cloison incomplète montrant que la cavité unique résulte de deux cavités, ouvertes l'une dans l'autre. A la surface externe, végétations les unes isolées, très petites, du volume d'un grain de mil, sessiles ou pédiculées; d'autres réunies en amas et formant des plaques mamelonnées plus ou moins épaisses. Parois généralement assez minces, sauf au niveau des plaques de végétations.

Dans leur épaisseur quelques petites cavités kystiques. Surface interne rendue granuleuse par de petites végétations sessiles. En un point, amas de très petits kystes du volume d'une pomme faisant saillie dans la cavité. Liquide citrin légèrement visqueux.

Le revêtement épithélial de la surface interne, celui de la surface externe, les parois kystiques ne présentent rien de particulier: même structure que dans tous les kystes de même espèce,

Les végétations de la surface externe méritent seules une mention. Ce sont des néoformations mixtes, c'est-à-dire conjonctives et épithéliales à la façon des polypes glandulaires des anciens, des *adénomes* des modernes.

1° Le stroma est constitué par un tissu conjonctif jeune; les fibrilles conjonctives; les éléments cellulaires sont au contraire abondants; les formes dites embryoplastique (petites cellules rondes, cellules jeunes) et fibroblastique (cellules fusiformes, prédominent. Les capillaires ont des parois bien distinctes du tissu périphérique; elles ne sont pas embryonnaires. Les vaisseaux ne sont pas très nombreux. Ce stroma est en continuité avec le tissu fibreux des parois kystiques; le passage est fait rapidement. Le stroma résulte donc de la prolifération des parties les plus superficielles de la surface externe des parois kystiques.

2° Les végétations sont revêtues d'une couche épithéliale cylin-

drique; mais de plus on voit des enfoncements épithéliaux partir de la surface externe de ces végétations, pénétrer plus ou moins profondément, se ramifier, s'anastomoser, se dilater en certains points, se rétrécir en d'autres et former, en somme, un grand nombre de cavités épithéliales de forme et de volume variable, et paraissant disposées sans ordre apparent. L'épithélium qui tapisse ces cavités est en général à une seule couche, formé de cellules cylindriques simples avec une assez forte proportion de cellules à cils vibratiles.

Le contenu des cavités est formé d'une substance transparente, se coagulant par l'alcool, redevenant transparente au contact de l'eau et contenant des éléments épithéliaux plus ou moins dégénérés provenant sans doute du revêtement épithélial.

3° Enfin dans plusieurs de ces végétations, on trouve disséminées dans le stroma, entre les cavités épithéliales, de petits amas de cellules granuleuses, au milieu desquels se voit souvent une cellule géante. Ces amas ressemblent complètement aux granulations que l'on trouve dans le lupus scrofuleux de la peau ou à la surface des muqueuses affectées de tuberculose. On pourrait les envisager comme des granulations tuberculeuses de ces surfaces épithéliales néoformées que présentent les végétations.

Cette observation est très intéressante et par la présence des végétations à la surface externe des parois, ce qui n'est pas très fréquent, et par la structure de ces végétations qui rappelle celle des végétations de beaucoup de muqueuses normales; enfin par l'existence, dans les végétations, d'espèces de granulations tuberculeuses que l'on peut comparer également à celle des surfaces de revêtement.

Obs. XX. — TILLAUX.

Femme de 27 ans, opérée d'ovariotomie le 12 octobre 1878.

Tumeur ayant débuté depuis 14 mois environ, présentant des symptômes d'un kyste ovarique avec ascite considérable. Voici l'examen anatomo-pathologique des pièces afférentes à cette malade, tel qu'il a été publié dans le mémoire de MM. **Malassez et de Sinéty** (Arch. physiol. 1880. Obs. I, page 886). La tumeur ovarienne était constituée par une volumineuse végétation en forme de choux-fleurs, dans l'intérieur de laquelle il existait un certain nombre de cavités kystiques de différent volume. On trouvait, en outre, au microscope, dans les parties solides, un très grand nombre de petits kystes microscopiques, et surtout des conduits épithéliaux plus ou moins réguliers, plus ou moins ramifiés. Il existait aussi un volumineux kyste pauciloculaire libre, flottant dans la

cavité abdominale; on n'a pu nous dire quel en était le lieu d'insertion. Les cavités de ce kyste présentaient des végétations semblables d'aspect et de structure à celles trouvées sur l'ovaire.

Les tumeurs secondaires consistaient en petites végétations péritonéales. Elles étaient constituées par un stroma conjonctif et des néoformations épithéliales microkystiques et tubulaires tout à fait semblables à celles observées dans la végétation de l'ovaire malade et à celles du kyste flottant. La seule différence consistait dans le moindre développement des cavités kystiques et de l'ensemble de la néoformation.

La tumeur primitive ainsi que les tumeurs secondaires rentrait, comme on le voit, dans le groupe des néoformations épithéliales adénoïdes.

OBS. XXI. — TERRIER. Thèse Poupinel, 1886, p. 74. — TUMEUR KYSTIQUE FORMÉE PAR LES DEUX OVAIRES.

Opération le 7 janvier 1876, Mme Caraby, Obs. 7 des tableaux statistiques de M. **Terrier**. Femme de 28 ans, début depuis 2 ans. Mort par péritonite suppurée.

Examen anatomo-pathologique fait par M. **Malassez** et publié par lui dans son mémoire (*Arch. physiol.* 1880, Obs. II, p. 886).

Il y avait un kyste multiloculaire sur chaque ovaire et les deux kystes étaient réunis sur la ligne médiane. On trouvait des végétations à la face interne des loges et quelques-unes à la surface péritonéale du kyste. Les tumeurs secondaires siégeaient encore sur le péritoine, les unes sur l'utérus, les autres à la face antérieure du rectum.

Les végétations de la surface extérieure du kyste étaient constituées par un stroma en partie fibreux, en partie myxomateux. On y trouvait des petites cavités tubulaires et kystiques, tapissées d'épithélium cylindrique, dans l'intérieur desquelles étaient développées des végétations adénoïdes secondaires.

Les végétations utérines avaient un stroma fibreux en majeure partie, fibro-sarcomateux et myxomateux en d'autres points. On y rencontrait çà et là des petites cavités irrégulières, allongées ou ramifiées, également tapissées par un épithélium cylindrique. On y voyait aussi des amas granulo-graisseux, au milieu desquels existaient de petits grains calcaires.

Les végétations rectales ressemblaient aux tumeurs utérines. Elles s'en distinguaient seulement par la moindre abondance du tissu fibro-sarcomateux et myxomateux. Le stroma était presque

complètement constitué par un tissu fibreux dense. Les groupes de néoformations épithéliales étaient notamment moins nombreuses, tandis que les masses graisseuses et les grains calcaires étaient en plus grande quantité.

Nous trouvons donc ici, comme dans le cas précédent, des néoformations épithéliales du type glandulaire adulte.

Obs. XXII. — BOUSSI. Observation publiée sous le titre : CANCER DES OVAIRES AVEC CANCER CONSÉCUTIF DU PÉRITOINE ET DE LA PLÈVRE DROITE, SANS AUCUNE COMMUNICATION DES SÉREUSES ENTRE ELLES. FEMME DE 44 ANS. MORTE DANS LE SERVICE DE M. LANCE-REAUX.

L'examen anatomo-pathologique fait par M. **Malassez** se trouve publié en grand détail dans les Arch. physiol. 1880, obs. III, p. 887. Il existait à gauche un volumineux kyste uniloculaire dans l'épaisseur des parois duquel on remarquait un assez grand nombre de petites cavités kystiques à surface végétante. A droite une tumeur kystique à trois loges principales. L'une d'entre elles était complètement remplie par des végétations encéphaloïdes et kystiques. La seconde n'était comblée que partiellement, et la troisième était seulement tapissée de végétations. Les autres petites cavités kystiques étaient plus ou moins remplies de végétations.

Structure des végétations intrakystique. Le stroma conjonctif est peu abondant. En certains points il est réduit à une sorte de gros réticulum. La tumeur est en majeure partie, constituée par des néoformations épithéliales de type varié. Elles sont disposées en petites cavités irrégulières, à contenu peu abondant, tapissées par de l'épithélium cylindrique ou métatypique ; on les voit se continuer avec des masses épithéliales pleines. Celles-ci se présentent, soit sous forme de cordons, soit sous forme de masses alvéolaires, et, dans ces points, ressemblent complètement à du tissu carcinomateux.

Tumeur du péritoine.

Les tumeurs du péritoine diffèrent peu des végétations intrakystiques. Elles sont constituées par un stroma au milieu duquel on trouve des néoformations épithéliales cavitaires et des néoformations épithéliales pleines. Le stroma est en majeure partie fibro-sarcomateux ; il est fibreux du côté de la surface de la tumeur, tandis que dans les parties profondes et à la périphérie, au voisinage des tissus sains, on trouve des îlots d'éléments embryonnaires. Les cavités kystiques n'ont pas de membranes

propres. Elles sont assez nombreuses et, en général, réunies par groupe. Quelques-unes sont régulières, sphériques, mais la plupart sont allongées et plus ou moins ramifiées. Nous en avons vu qui s'ouvraient à la surface péritonéale de la tumeur, à la façon des glandes en tubes. Leur revêtement épithélial est constitué en partie par des cellules cylindriques, en partie par des cellules métatypiques. On rencontre assez souvent des végétations purement épithéliales et des points où le revêtement est disposé en plusieurs couches. De ces cavités on voit fréquemment partir des prolongements épithéliaux pleins. Ceux-ci ont en général, des formes allongées et présentent parfois des ramifications. Quelques autres ont la forme de lobes. Dans ces masses épithéliales pleines, on rencontre, par places, de véritables petites cavités kystiques et, à côté, d'autres cavités, d'origine toute différente, produites par une dégénérescence des cellules épithéliales. Dans les points où ces masses épithéliales pleines sont nombreuses, le tissu ressemble à celui du carcinome.

Tumeurs de la plèvre. Les tumeurs de la plèvre sont également constituées par des cavités kystiques et des masses épithéliales pleines. Le stroma est relativement beaucoup plus abondant et formé de tissus fibro-sarcomateux, comme celui des tumeurs péritonéales, mais il paraît plus vasculaire. Les néoformations épithéliales sont moins abondantes et ont, en général, des formes allongées. Elles sont tapissées le plus souvent par un épithélium métatypique disposé en plusieurs couches. On les voit presque toujours se continuer avec des masses épithéliales pleines. Ces dernières sont également allongées en général et ramifiées. Elles se terminent par des pointes fines qui pénètrent dans un espace conjonctif ou lymphatique comme semble le prouver l'existence des cellules endothéliales tapissant cet espace. Nous avons vu de ces prolongements épithéliaux pleins traverser la plèvre pariétale et pénétrer dans le tissu sous-pleural.

Les néoformations primitives et secondaires présentent dans ce cas une disposition comparable à celle des glandes en voie de développement avant l'apparition des cavités glandulaires et qui sont de véritables formations carcinomateuses.

Obs. XXIII. *Hopital Bichat*. (Service de M. **Terrier**, in Th. Ponpinel, 1886, p. 99. EPITHÉLIOMA KYSTIQUE DE L'OVAIRE. GÉNÉRALISATION. — OVARIOTOMIE. — PHLEGMATIA ALBA DOLENS. — EMBOLIE PULMONAIRE. — MORT.

La nommée Armandot Elise, veuve Danlos, âgée de 50 ans, marchande de journaux, entre le 20 mai 1885 à l'Hôpital Bichat, dans le service de M. **Terrier**, salle Chassaignac, lit n° 2.

Antécédents héréditaires. Père et Mère morts jeunes. Le père d'une fluxion de poitrine, la mère d'une maladie de poitrine ayant duré deux ou trois mois (Tuberculose ?)

Antécédents personnels. Réglée à 15 ans et demi, toujours bien réglée depuis lors jusqu'vers 1882. A cette époque, la menstruation devint irrégulière et la ménopause survint en 1884. Trois grossesses : la première à l'âge de 20 ans, la seconde à 26 ans et la troisième à 35 ans. Jamais de fausse-couche ni de métrorrhagie. Une poussée d'ictère il y a 6 ans. La teinte jaune des téguments a persisté environ un mois. Jamais d'autre maladie.

En août 1884, presque au moment de la ménopause, la malade commence à s'apercevoir que son ventre grossit. Le développement de l'abdomen, d'abord graduel et lent jusqu'en mars 1885, est devenu beaucoup plus rapide depuis lors.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, le 7 mai 1885, dans le service de M. **Périer**, elle est ponctionnée le 12 mai. La ponction donne issue à 7 litres 3/4 de liquide citrin, clair et limpide. Ne pouvant l'opérer à Saint-Antoine, M. **Périer** fait entrer cette femme à l'hôpital Bichat le 20 mai.

Constipation habituelle. Miction normale ; jamais d'œdème des membres inférieurs.

Ponction le 9 juillet. 7 litres de liquide ascitique sanguinolent.

La palpitation abdominale pratiquée après la ponction fait reconnaître l'existence de masses dures, bosselées dans l'hypogastre.

Au niveau de l'épigastre, on sent une bande indurée et mate, de la largeur de la main, légèrement oblique de gauche à droite et de haut en bas. Cette plaque, qui est peut-être constituée par l'épiploon induré, semble adhérer à la paroi abdominale. Matité dans les régions ombilicale et hypogastrique. Sonorité dans les flancs et dans les deux hypochondres. Développement légèrement exagéré des veines de la paroi. Etat général très satisfaisant. Embonpoint notable. Depuis un mois environ la malade tousse beaucoup. A la pression du thorax on trouve de la matité en arrière et à gauche, surtout à la base ; ni souffle ni râles. Ni sucre ni albumine dans les urines. La mensuration de l'abdomen donne,

pour la circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic, 105 cent., distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde du sternum 26 centimètres, au pubis 15 centimètres, à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 24, à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 25 centimètres.

Opération le 21 Juillet par M. **Périer** assisté de MM. **Terrier** et **Just Championnière**.

L'anesthésie présente quelque difficulté.

La malade asphyxie par intervalles et présente des irrégularités du pouls. L'anesthésie ne peut que difficilement être poussée jusqu'à résolution complète. Incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, jet de liquide ascitique sanguinolent. Le péritoine épaissi présente une plaque indurée sur la ligne médiane. Cette plaque est traversée par la partie inférieure de l'incision.

Sur la surface du péritoine et des intestins, on constate de nombreuses granulations papillomateuses; le petit bassin est occupé par une masse polykystique. On agrandit alors l'incision de la paroi abdominale jusqu'à la plaque indurée que l'on sentait à travers la paroi, c'est bien l'épiploon induré, ratatiné et adhérent. Dans le bassin il existe deux masses kystiques; l'une, à peu près médiane, déborde un peu à droite la ligne blanche; l'autre occupe la fosse iliaque gauche. Toutes deux, du volume du poing environ, présentent à leur surface externe des végétations nombreuses; toutes deux sont implantées sur la même masse solide, papillomateuse; fixée par le petit bassin et adhérente à la corne gauche de l'utérus.

Après ponction et évacuation de leur contenu, les deux kystes adhérents ensemble sont enlevés. La cavité de gauche est légèrement pincée dans le pédicule formé à ses dépens et se trouve ouverte par la section opératoire. Suture de la paroi avec 9 fils d'argent profonds et 5 fils superficiels.

Pansement de Lister. Durée de l'opération 40 minutes. Les kystes sont portés au laboratoire d'histologie du collège de France et classées série G, pièce n°63.

27 juillet à 11 heures, la malade a été prise brusquement d'un accès d'oppression intense, sensation d'étouffement avec douleur précordiale et est morte en une dizaine de minutes environ.

Autopsie le 28 juillet à 11 h. du matin. Réunion complète des deux lèvres de l'incision abdominale.

Cancer généralisé péritonéal et intestinal; semis de granulations sur les intestins, papillomes sur la paroi. Tous les ganglions mésentériques sont pris. Epiploon ratatiné, induré et légèrement adhérent à la paroi.

Masse cancéreuse à droite de l'utérus. Pédicule opératoire à gauche en parfait état (fil bien serré, aucun suintement). L'utérus est absolument normal. Le péritoine qui le recouvre est parsemé de granulations néoplasiques.

Dans la plèvre gauche, il existe un épanchement séro-sanguinolent très abondant. Un petit noyau cancéreux sur la plèvre costale et plusieurs noyaux sur la plèvre diaphragmatique notablement épaissie. La plèvre droite est saine.

Le poumon gauche est revenu sur lui-même.

Le poumon droit de volume normal et d'apparence saine est légèrement congestionné à sa base.

Dans le tronc même de l'artère pulmonaire existe un gros embolus de 1 centimètre de diamètre environ sur 2 cent. 1/2 de longueur. Cet embolus, qui oblitère complètement le tronc de l'artère pulmonaire, vient buter sur l'éperon résultant de la bifurcation de cette artère. Son point de départ est dans la veine fémorale gauche, juste au niveau de l'arcade de Fallope. Au delà de ce point, la veine fémorale est complètement oblitérée par des caillots.

A l'embolus, qui s'adapte parfaitement au caillot demeuré en place dans la veine, sont adhérentes des petites ramifications qui occupaient les veinules afférentes. Rien dans le système veineux du membre inférieur droit.

Examen anatomique. La pièce provenant de l'opération du 21 juillet se compose de deux poches kystiques attenant l'une à l'autre et ayant l'une et l'autre le volume d'une grosse orange. La paroi externe de ces deux kystes est parsemée de végétations papillaires et en trois points elle est amincie et distendue par trois petits kystes du volume d'une noisette à contenu citrin visqueux. La cavité des deux kystes principaux est lisse dans sa plus grande partie et présente dans d'autres points des végétations papillaires. Les parois des cavités sont d'épaisseur variable, plus épaisses au niveau de la juxtaposition des deux poches kystiques, et dans les points où elles contiennent de petits kystes. Quelques-uns de ces kystes secondaires contiennent eux-mêmes dans leur intérieur des végétations visibles à l'œil nu.

Examen histologique. — Des fragments du kyste ont été placés dans l'alcool au tiers pour être ensuite dissociés; d'autres ont été durcis par l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

Le râclage de la pièce, après séjour de 24 heures dans l'alcool au 1/3, montre dans le revêtement des cavités kystiques deux espèces de cellules; les unes sont des cellules cylindriques longues sans cils vibratiles, amincies au niveau de leur insertion, contenant un

noyau allongé suivant le grand axe de la cellule. Ce noyau contient un, deux ou trois nucléoles réfringents fortement colorés. Les autres sont des cellules cylindriques basses, à gros noyau ovalaire à un ou plusieurs nucléoles. Ces dernières cellules sont beaucoup moins abondantes que les précédentes, il est fort probable qu'elles se trouvent situées dans l'intervalle laissé entre les pieds amincis des cellules précédentes. Cette disposition se voit d'ailleurs facilement sur les coupes. La face péritonéale de la tumeur est tapissée de cellules épithéliales plates, granuleuses, à un noyau contenant dans certaines cellules, un ou plusieurs nucléoles.

Des coupes minces de la tumeur ovarique examinées après coloration par le picro-carminate et montage dans la glycérine, montrent qu'il s'agit d'un épithélioma kystique à cellules cylindriques de cils vibratiles. Les kystes, de dimension variable, sont remplis, plus ou moins par des végétations à charpente conjonctive se continuant avec la paroi externe des cavités kystiques, et recouvertes d'un épithélium cylindrique régulier, continu avec celui des kystes et de même nature que celui-ci.

Dans un certain nombre de cellules du revêtement épithélial, on constate la présence de boules hyalines probablement constituées par de la matière colloïde. La charpente de la tumeur ovarique dans son ensemble est constituée de tissu conjonctif presque partout fibreux, embryonnaire en certains points et riche en vaisseaux sanguins. En certains points, les cellules épithéliales, au lieu d'être groupées de façon à simuler les tubes glandulaires creux ou pleins, infiltreront le tissu conjonctif et sont disposés en série entre les faisceaux de ce tissu ; ce qui donne au point considéré l'aspect du carcinome.

Le noyau néoplasique de la plèvre costale est composé en majeure partie des cellules embryonnaires. La masse ainsi formée est sillonnée par quelques bourgeons épithéliaux. Le noyau de la plèvre diaphragmatique est plus volumineux et probablement plus ancien. Il est composé de tissu conjonctif plus âgé, fibreux presque partout, embryonnaire seulement en quelques rares points. Dans ce tissu conjonctif se trouvent des bourgeons épithéliaux pleins et déjà en quelques points de petits kystes très nets. En d'autres points au voisinage des bourgeons épithéliaux, on trouve entre les faisceaux conjonctifs des cellules épithéliales isolées ou groupées par deux ou trois, infiltrées entre les faisceaux conjonctifs et ne formant pas bourgeons. C'est le seul point où nous ayons trouvé une dégénérescence carcinoïde de la paroi d'une des tumeurs secondaires.

La tumeur du grand épiploon, manifestement de date plus

ancienne, est aussi constituée par de l'épithélioma kystique avec strôma conjonctif fibreux. Les cavités kystiques y sont très nombreuses.

Réflexions. Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. La tumeur ovarique s'est développée rapidement au moment de la ménopause. L'ascite d'abord citrine, puis sanguinolente à la deuxième ponction, est symptomatique de l'envahissement du péritoine. L'extension de l'épithélioma à la plèvre gauche y a déterminé un épanchement manifestement hémorragique; enfin la mort subite de la malade par embolie pulmonaire dans le cours d'une phlegmatia suffirait pour rendre cette observation digne d'être notée.

Anatomiquement nous trouvons ici, comme dans la précédente observation, une tumeur relativement peu volumineuse, polykystique, dont les plus grosses ont le volume du poing. La paroi externe de la tumeur ovarique est tapissée de végétations. Cette tendance végétante intense se retrouve à l'intérieur des kystes de petite dimension que l'on observe en grand nombre dans la partie solide de la tumeur. Cette dernière est constituée en somme par l'épithélium kystique à cellules cylindriques dépourvues de cils vibratiles.

Cette structure se retrouve dans les tumeurs secondaires. Dans la tumeur primitive l'épithélium est très végétant. Dans les bourgeons l'épithélium est régulier et disposé en revêtement. Enfin en certains points, à côté de bourgeons épithéliaux pleins, s'observent de nombreuses cellules groupées sans ordre apparent ou disposées en séries entre les faisceaux du tissu conjonctif. D'où l'aspect carcinoïde de ces points de la tumeur. Dans les tumeurs secondaires l'épithélium est moins régulier, prolifère davantage et dégénère plus rapidement.

L'aspect carcinoïde du tissu ne s'observe qu'en un seul point.

En résumé la tumeur primitive de nature épithéliale comprenant des portions d'aspect carcinoïde a donné naissance à des tumeurs secondaires, les unes franchement adénoïdes, les autres partiellement carcinoïdes.

Obs. XXIV. Hôpital Bichat, Service de M. Terrier. — ÉPITHÉLIOMA KYSTIQUE VÉGÉTANT DE L'OVAIRE. — GÉNÉRALISATION. — MORT. — In th. Poupinel p. 106.

La nommée Méconi Mariette, âgée de 29 ans, artiste lyrique, entre le 28 avril 1885, salle Chassaignac, lit n° 16, hôpital Bichat.

Antécédents héréditaires. Mère morte d'une péritonite à l'âge

de 36 ans, père mort à l'âge de 55 ans, la malade ne sait de quoi.

Antécédents personnels. Régée à 14 ans, toujours mal réglée. Ecoulement menstruel tous les quinze jours en moyenne; pertes blanches dans l'intervalle. Très nerveuse d'ordinaire, cette femme a eu plusieurs fois des attaques de nerfs. En 1878-79 elle a été soignée par M. **Brouardel** qui la traita par le bromure et l'hydrothérapie. La menstruation est normale depuis ce moment. Les règles abondantes, foncées, durent quatre ou cinq jours en moyenne.

Depuis l'âge de 21 ans (1877) la malade prétend sentir une petite bosse à droite du bas-ventre, depuis 2 ans 1/2 (1883) l'abdomen grossit. L'augmentation de volume lente et régulière d'abord s'est effectuée rapidement et brusquement depuis un mois. Le ventre, très douloureux à droite il y a cinq ans, est d'ordinaire peu sensible et le siège d'un malaise indéfinissable (impatiences etc.). La constipation est habituelle, la miction se fait facilement; mais depuis quelque temps (un peu plus d'un mois) l'amaigrissement a été considérable.

Ponction le 4 mai avec l'aspirateur Potain donne issue à 7 litres de liquide sanguinolent. Par le refroidissement et au repos ce liquide laisse déposer une couche de globules blancs, une couche de globules rouges, à la surface naissent de petites paillettes de cholestérine. L'examen histologique du dépôt n'a pas été fait. Après la ponction on sent dans la fosse iliaque droite des masses dures, bosselées, inégales: ce sont vraisemblablement des masses polykystiques.

Les règles réapparaissent le 6 Mai et persistent encore légèrement le 12 Mai.

Etat actuel (12 Mai). La mensuration de l'abdomen donne pour la circonférence abdominale, prise au niveau de l'ombilic, 87 centimètres.

Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde du sternum 16 cent.; au pubis 21 cent., à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 21 cent. à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 23 cent.

L'abdomen est légèrement asymétrique, un peu plus développé vers la droite, il est souple. L'ombilic est déplissé. La percussion fait reconnaître l'existence de sonorité sur la ligne médiane de l'appendice xyphoïde à moitié de sa distance à l'ombilic et dans les deux hypochondres. Matité dans tout le reste de l'abdomen. A la palpation sensation de flot très nette dans presque toute la zone de matité. Masses dures dans la fosse iliaque droite et immédiatement au-dessus du pubis à droite (utérus?) Le toucher utérin

montre que l'utérus est petit, situé derrière le pubis. Tout le cul-de-sac postérieur est occupé par la tumeur. L'auscultation du thorax fait reconnaître l'existence de froissements secs pleuraux à la base du poumon droit en arrière jusqu'à moitié de la hauteur. Le sommet droit est suspect : quelques craquements secs en avant sous la clavicule.

Opération le 12 mai par M. **Périer**, assisté de MM. **Terrier**, **J. Championnière**.

Anesthésie par M. Paul **Berger**. Un peu d'asphyxie pendant l'anesthésie.

Incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, écoulement assez abondant de liquide ascitique. Végétations néoplasiques papilliformes sur toute la paroi abdominale. Il existe un kyste ovarique occupant tout le petit bassin et adhérent à tous les organes voisins. L'épiploon ratatiné forme une masse parfaitement isolable, du volume d'un œuf de poule. On le résèque après avoir lié son pédicule avec un fort fil de soie. La suture de la paroi avec 11 fils profonds et 4 superficiels.

L'opération a duré en tout 25 minutes.

Le fragment d'épiploon réséqué est porté immédiatement au laboratoire d'histologie du collège de France et classé sous le numéro 47, série G (les coupes ultérieures ont démontré qu'il s'agissait là d'un épithélioma kystique prolifère avec végétations intrakystiques très abondantes).

16 juin, la cicatrice distendue, réduite, à un mince pédicule épidermique s'est rompue à la partie supérieure et le liquide ascitique contenu dans le ventre s'est écoulé toute la nuit, malgré l'application de collodion et de ouate sur l'ouverture.

17 juin. Le suintement par la plaie abdominale semble arrêté. La diarrhée a cessé presque complètement. La température se maintient entre 37 et 38°,6. Pansement antiseptique sur l'abdomen.

30 juin, le subdelirium s'accroît, la malade s'éteint peu à peu et meurt le 3 juillet à 7 heures du matin.

Autopsie le 4 juillet à 10 h. du matin.

Oedème des membres inférieurs, plus marqué à droite.

La cicatrice ombilicale est résistante à sa partie inférieure et perforée à sa partie supérieure où se remarquent quelques bourgeons grisâtres. Le péritoine est littéralement blindé par une épaisse couche de néoplasme de 0.005 millimètres d'épaisseur en moyenne. Péritonite généralisée adhésive soudant entre elles les anses intestinales et réduisant la cavité abdominale à deux poches contenant chacune environ deux verres de pus. Chacune de ces poches est limitée par une paroi épaisse de néoplasme. Il existe en

outre une collection purulente entre la face antérieure de l'estomac et la face inférieure du lobe gauche du foie. La partie inférieure de la cavité abdominale est occupée par une masse polykystique remplissant tout le petit bassin et englobant tous les organes qui s'y trouvent, la vessie est saine, mais adhère intimement à la tumeur par sa face postérieure et ses bords. Du côté droit, le tissu cellulaire périrénal présente un petit noyau néoplasique d'apparence récente.

L'utérus situé à la partie antérieure de la tumeur est reporté à droite. Il contient dans son épaisseur des fibrômes interstitiels.

La cavité mesure 12 cent. de longueur. La masse polykystique, qui forme une espèce de fer à cheval à concavité antérieure logeant l'utérus, atteint le volume d'une tête d'adulte environ. Les poches, qui la composent, contiennent un liquide dont la consistance et la couleur varient. Le liquide, toujours épais et visqueux, présente tantôt une coloration verdâtre, bilieuse, d'autrefois il est brun chocolat. Dans une poche, on trouve une masse de la couleur et de la consistance du mastic. Des paillettes de cholestérine se rencontrent presque dans toutes les variétés de liquide. Les parois de toutes ces cavités kystiques sont d'épaisseur très variable; la plupart sont tapissées, intérieurement, de végétations épithéliales. Dans l'épaisseur de la paroi de la plus grande poche, on trouve une masse dure, de consistance cartilagineuse. A la partie médiane et supérieure de la tumeur, on trouve une masse volumineuse de bourgeons faisant hernie à travers un orifice de la paroi et constituant très probablement le point de départ de la généralisation.

A la face intérieure du foie, deux petits nodules dans l'épaisseur de la capsule fibreuse.

Le rein droit est sain. Sur la surface antérieure du rein gauche, qui est d'ailleurs dans un état de putréfaction des plus avancés, s'observent trois masses bourgeonnantes aplaties, du volume chacune d'une pièce de 5 francs en argent. Le tissu rénal en entier est pourri ou suppuré.

Le bassin est rempli de pus et l'uretère est fortement dilaté. L'examen histologique sera fort probablement impossible à cause de l'altération des tissus.

Rate saine, quelques nodules cancéreux à la surface du thorax; pleurésie sèche à droite; pas de néoplasme, même sur la plèvre diaphragmatique. Poumons crépitants, aux deux sommets, petites excavations tuberculeuses cicatrisées, quelques tubercules crétacés. Ganglions péritrachéaux, normaux. Cœur petit. Ventricule droit un peu dilaté. Valvules saines. Cerveau sain.

Examen histologique. Dans la tumeur épiploïque réséquée, on

voit de petits lobules jaunes, d'apparence adipeuse et de petits lobules blancs rosés, devenant blancs au contact de l'alcool. Les uns sont très petits; les autres plus volumineux ont l'apparence de lentilles à contour parfaitement limité. Dans l'intérieur de quelques-uns, apparence de cavité irrégulière. Ce paraît être de petits kystes comblés par des végétations. Des coupes minces examinées après coloration au picro-carminate, montrent que cette tumeur est constituée par de l'épithélioma kystique à cellules cylindriques dépourvues de cils vibratiles. Les kystes de volume variable sont remplis presque complètement de végétations en choux-fleurs. Ces végétations, très volumineuses, sont constituées d'une charpente conjonctive recouverte d'un épithélium cylindrique. Dans la trame de cette tumeur, s'observent des globules de matière colloïde, du tissu adipeux et de nombreux et volumineux vaisseaux sanguins. La tumeur ovarique, dont les fragments ont été recueillis à l'autopsie est aussi constituée d'épithélioma kystique. Les parois des poches principales sont composées de tissu conjonctif fibreux, disposé par couches parallèles. En certains points, tissu cartilagineux.

La paroi, comme celle de la tumeur épiploïque est fréquemment atteinte de dégénérescence colloïde.

Les cavités sont toutes tapissées d'un épithélium cylindrique bas. Dans les cavités principales font saillie plusieurs végétations peu volumineuses, mais dont chacune présente déjà la texture de l'épithélioma kystique avec végétations intra-kystiques exubérantes.

Le petit noyau néoplasique, situé à droite de la vessie, dans le tissu cellulaire voisin, présente de petits kystes épithéliaux, les uns sans végétations intra-kystiques et pleins de substance muqueuse, les autres pourvus de végétations plus ou moins abondantes. Le stroma conjonctif fibreux contient beaucoup de cellules en dégénérescence colloïde.

Les fragments de rate examinés contiennent de l'épithélioma séparé du tissu splénique par un coque fibreux, épaissi, recouvert par le péritoine.

A la surface du foie, amas de fibrine et bourgeons épithéliaux pleins.

Le rein gauche est trop altéré pour qu'on puisse distinguer nettement quoi que ce soit.

Réflexions. — Dans cette observation, nous trouvons plusieurs particularités dignes d'être notées. D'abord, l'âge relativement jeune de la malade (29 ans), puis l'amaigrissement rapide, le développement et la généralisation subite en un mois d'une tumeur

existant probablement depuis 8 ans, l'ascite sanguinolente, tous symptômes qui devaient faire penser à une tumeur maligne. Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons rencontré ici, comme dans les observations précédentes, une tumeur peu volumineuse (tête d'adulte polykystique), avec tendance végétante, adhérent intimement à tous les organes du petit bassin. Dans ce cas particulier, il existait dans l'utérus des corps fibreux interstiels. La tendance végétante de la tumeur s'est d'abord exercée intérieurement. Toutes les cavités kystiques se sont remplies de végétations exubérantes.

Puis, dans une des cavités, le bourgeonnement épithélial a été assez intense pour que la paroi se soit rompue et que les végétations aient fait hernie dans l'abdomen. Peut-être faut-il remonter au moment où s'est effectuée la rupture de ce kyste le début de la généralisation à tout le péritoine.

Il est aussi intéressant de voir que la plèvre droite, bien que malade depuis longtemps, et le poumon, siège ancien de poussées tuberculeuses, n'ont pas été atteints par le néoplasme.

En résumé, nous trouvons ici, comme dans les deux cas précédents, des tumeurs secondaires présentant les mêmes caractères que la tumeur primitive, ayant la même tendance exubérante à produire des végétations intra-kystiques. Mais, contrairement à ce que nous avons rencontré dans les cas précédents, l'épithélium forme ici un revêtement, disposé sur une seule couche peu épaisse et uniforme.

La dégénérescence colloïde de la tumeur primitive et des tumeurs secondaires, assez peu marquée d'ailleurs, nous semble pouvoir, conjointement avec la tendance végétante extrême de la tumeur, expliquer la généralisation à la tendance végétante de la tumeur. L'extension du néoplasme au péritoine peut, il nous semble, s'expliquer assez bien par l'apparition dans la cavité péritonéale du volumineux bourgeon végétant primitivement intra-kystique que nous avons signalé, et par la dissémination et la greffe en différents points du péritoine des éléments cellulaires ainsi devenus libres.

OBS. XXV. — TERRIER. KYSTE MULTILOCULAIRE VÉGÉTANT DE L'OVAIRE DROIT. — GÉNÉRALISATION AU PÉRITOINE PELVIEN. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON. In th. HADJES, p. 45.

M^{me} X..., de Clermont-Ferrand. Diagnostic clinique : kystes multiloculaires de l'ovaire droit avec ascite.

Ovariectomie faite le 18 mars 1888 par M. Terrier. — Liquide asci-

tique assez abondant, tumeur entièrement enclavée dans le ligament large d'où il fallut l'enucléer. Ovaire gauche également altéré, kystique.

Le péritoine contenait des nodules indurés qui n'ont pas été enlevés.

Examen anatomo-pathologique (fait par M. le Dr **Poupinel**). Tumeur polykystique du volume de deux poings d'adulte pesant 270 gr., développée aux dépens de l'ovaire droit et entièrement enclavée dans le ligament large d'où il fallut l'enucléer. Cette tumeur comprend cinq ou six petites cavités du volume d'un pois ou d'un haricot, quatre ou cinq du volume d'une noisette à celui d'un œuf de poule, remplies toutes d'un liquide clair, transparent, légèrement visqueux. On voit une poche principale du volume d'une orange, littéralement remplie de végétations en forme de chou-fleur, de couleur gris rosé. Quelques végétations sont en dégénérescence graisseuse; d'autres ont perforé la paroi et font hernie au dehors sous forme de bourgeons en chou-fleur du volume d'une noix environ, de forme très irrégulière.

L'autre ovaire, également envahi par la néoplasie, n'a pas été enlevé.

Le péritoine contenait dans sa cavité 6 à 8 litres environ de liquide ascitique, jaune foncé, légèrement sanguinolent.

Sur le feuillet pariétal, juste sur la ligne médiane, il existait quelques nodules indurés, lisses et blanchâtres, non végétants; ces petits noyaux ne furent pas enlevés.

Examen histologique. — Cet examen met en évidence un épithélioma à cellules cylindriques; les végétations sont à charpente fibreuse, myxomateuse selon les points.

TUMEUR POLYKYSTIQUE A VÉGÉTATIONS GLANDULAIRES ET A QUELQUES VÉGÉTATIONS PAPILLAIRES EXTERNES TRÈS RARES

Obs. XXVI. — PEREIRE et GUNDELACH. KYSTE VÉGÉTANT DE L'OVAIRE. — ASCITE. In th. GUNDELACH, 1887, Paris, p. 69.

L... Eugénie, journalière, âgée de 42 ans, entre le 4 février 1887 dans le service de M. **Terrier**, salle Chassaingnac, n° 36.

Mère morte à 72 ans. Père bien portant. Deux sœurs et un frère en bonne santé. Pas de maladie de l'enfance.

Réglée à 19 ans. Menstruation régulière jusqu'en 1886.

Mariée à 20 ans, elle a eu un enfant à 24 ans; accouchement normal. Deuxième grossesse à 27 ans; cinq semaines après l'ac-

couchement, phlegmatia alba dolens qui la tient alitée pendant 4 semaines.

A l'âge de 33 ans, hémiplegie droite avec aphasie ; elle fut soignée dans le service de M. le professeur G. **Sée** et y resta 3 semaines. Elle en sortit guérie. Elle a conservé depuis cette époque de la céphalalgie fréquente.

Au mois d'octobre 1886, elle ressentit des pesanteurs dans le ventre et constata l'augmentation de volume de l'abdomen. En même temps, vomissements 2 fois par jour pendant 8 jours et diarrhée durant 3 semaines.

Tuméfaction progressive indolore.

Depuis le mois de décembre, plus de menstruation ; pas de troubles du côté de la miction. Depuis le mois de janvier, le ventre a beaucoup augmenté de volume.

Pas de douleurs abdominales. Simple pesanteur.

Anorexie, mais plus de vomissements, plus de diarrhée.

A cette époque, œdème du membre inférieur gauche. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, et M. **Renaut** la ponctionne vers le milieu de janvier. On retire 12 litres 1/2 de liquide verdâtre.

Elle entre le 4 février à l'hôpital Bichat. Nouvelle ponction le 6 ; il s'écoule 10 litres de liquide citrin.

Etat actuel (21 février). — Faciès peu coloré, amaigrissement considérable depuis 4 mois.

Les dimensions de l'abdomen sont :

Circonférence au niveau de l'ombilic, 103 centim. De l'appendice xiphoïde au pubis, 38 centim. De l'ombilic à l'E. I. D., 31 centim., à l'E. I. G., 30 cent. De l'ombilic au pubis, 23 cent.

Le ventre est symétrique : vascularisation des parois abdominales assez développée.

Pas d'œdème de la paroi. L'ombilic n'est pas déplissé ; vergetures.

Matité très étendue occupant l'hypogastre ; latéralement, matité dans les deux fosses iliaques, dans l'hypochondre droit et dans les deux flancs.

Sonorité commençant à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic dans la région épigastrique et dans l'hypochondre gauche. Sensation de flot. Pas de modification des zones de matité et de sonorité par les changements de position de la malade. A droite de l'ombilic, masses dures, bosselées, senties très profondément.

Rien dans les culs-de-sac, si ce n'est dans le postérieur qui présente des bosselures saillantes. Le col utérin est dévié à gauche. Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. Beaucoup d'urates. Un litre d'urine en 24 heures.

Diminution de l'appétit, digestions faciles, pas de vomissements, selles régulières.

Quelques frottements pleuraux à la base du poumon gauche, en arrière, jusqu'à la moitié de sa hauteur. Rien au cœur. Pouls régulier. Pas d'œdème des jambes.

22 février 1887. — Ovariectomie par M. le Dr **Terrier**, aidé de MM. les Drs **Périer** et **Brun**. MM. **Villeneuve** et **Quénu** assistent à l'opération. Chloroformisation par M. le Dr **Berger**. Un peu d'asphyxie pendant l'anesthésie. Incision médiane de l'abdomen, quelques pinces hémostatiques doivent être placées. Le péritoine est largement ouvert.

Ascite, liquide citrin. La main introduite dans l'abdomen fait sortir un kyste *végétant en grappe de l'ovaire droit*. Le kyste est fixé par un pédicule peu large, facile à saisir avec deux pinces courbes; on le sectionne au ras du kyste, et on le lie avec trois fils de soie phéniquée disposés en chaîne. L'appendice iléo-cæcal est adhérent à la masse kystique. Il est lié entre deux pinces courbes avec un fil de soie, puis sectionné. On peut alors enlever la tumeur.

L'ovaire gauche est aussi kystique, mais le kyste est de moindre volume. Il est enclavé, adhérent dans le petit bassin. Les adhérences sont détruites avec la main, et le pédicule du kyste est aussi sectionné après une ligature en chaîne, avec deux fils de soie. Toilette du péritoine et des intestins refoulés à gauche. L'utérus est atteint de fibromes peu volumineux. L'épiploon que l'on étale au devant des intestins est rougeâtre et présente des *végétations à sa surface*. Suture de la paroi abdominale avec sept fils d'argent profondément placés, et un crin de Florence superficiel. L'appendice iléo-cæcal est compris dans la troisième suture profonde de la paroi abdominale.

La tumeur ovarienne droite pesait 1165 gr., gauche 170 gr. Liquide 8 litres 1/2.

La tumeur ovarienne droite est formée par deux grosses poches kystiques reliées à la masse centrale de la tumeur par la trompe qui forme sur elle une sorte de pont.

La face intérieure des poches est lisse et grise par places, tapissée de fausses membranes d'aspect caséeux, se détachant facilement. La masse centrale solide présente à la coupe l'apparence sarcomateuse. Des noyaux saillants les uns solides, les autres liquides, sont disposés comme en couronne autour des loges principales.

Quelques-uns de ces noyaux atteignent et même dépassent le volume d'un pois; en quelques points même se voient des mame-

lons de la grosseur d'une noisette, lobulés et pédiculés. Ça et là on voit de petits kystes de la grosseur d'une lentille.

Nous avons fait l'examen histologique du kyste et des liquides kystique et accitique avec l'aide de notre maître et ami le Dr Gilbert.

Examen histologique du kyste. — Il a porté sur trois points différents de la paroi kystique; cette paroi est formée de dehors en dedans par 3 couches :

- 1° Une couche épithéliale;
- 2° Une couche fibreuse;
- 3° Une couche épithéliomateuse.

1° *Couche épithéliale.* — Cette couche est représentée par ces cellules cubiques, disposées sur un seul rang.

2° *Couche fibreuse.* — Composée par un tissu conjonctif adulte parsemé de cellules rondes et fusiformes; elle renferme un certain nombre d'artérioles et de scissures et par places montre des vaisseaux capillaires isolés ou juxtaposés, dilatés et remplis de globules sanguins.

3° *Couche épithéliomateuse.* — Elle forme à elle seule la presque totalité de la paroi du kyste; elle est constituée par un stroma conjonctif dans lequel sont disséminés des tubes épithéliomateux; le stroma est plus ou moins épais selon les points que l'on considère; il est presque toujours formé par un tissu conjonctif riche en cellules rondes et surtout en cellules fusiformes, les vaisseaux sont peu nombreux.

Les tubes épithéliomateux affectent une grande variété de forme et possèdent un épithélium cylindrique, vivace, bien coloré par les réactifs et limitent des cavités ordinairement remplies de quelques éléments nécrobiosés. Quelques végétations isolées, arrondies et sessiles, et quelques végétations agminées sous la forme de végétations en chou-fleur émanent de la paroi kystique et font saillie dans la cavité péritonéale. Au point de vue histologique on peut distinguer ces végétations en deux catégories; les unes, les plus petites et les moins nombreuses, sont essentiellement formées de cellules rondes, ce sont des végétations inflammatoires; les autres sont constituées sur le type du tissu qui forme la paroi interne du kyste; elles sont composées d'un stroma conjonctif et de tubes épithéliomateux, ce sont des végétations néoplasiques. Au niveau des végétations, la paroi fibreuse du kyste fait défaut et souvent l'épithélium de revêtement manque également.

OBS. XXVII. — OLSHAUSEN. PAPILLOME DE L'OVAIRE. — ASCITE. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON. In th. Gundelach, p. 85, Résumée.

Femme de 35 ans dont la tumeur pesant à peine 2 kilogr. était formée par un kyste végétant sans loge kystique d'un volume notable. Avant l'opération on retire 45 litres d'ascite. Après l'opération l'ascite ne se reproduisit pas.

OBS. XXVIII. — TERRIER. KYSTES PAPILLOMATEUX DES DEUX OAIRES. — DÉGÉNÉRESCENCE COLLOÏDE AVEC EXTENSION AU PÉRITOINE. GUÉRISON. In Th. de HADGÈS, p. 34.

M^{me} Arréat, âgée de 46 ans, femme n'ayant pas eu d'enfants, entre à l'hôpital, dans le courant de novembre 1885.

Antécédents personnels. — A toujours été bien réglée. Désigne comme début de l'affection actuelle trois ans. Elle aurait été sujette à cette époque à de vives douleurs, L'abdomen aurait considérablement augmenté de volume. *Ascite* considérable ; sept ponctions ont été pratiquées pour évacuer le liquide ascitique. Mictions plus fréquentes que normalement.

Ovariectomie — Faite par M. **Terrier**, le 15 décembre 1885. Pas d'adhérences ; kystes *papillomateux* des deux ovaires ; plaque *néoplasique* rougeâtre, dépolie, rugueuse sur le péritoine pariétal, presque au niveau de la ligne médiane ; rien autre chose dans la cavité abdominale.

Pédicules liés et abandonnés. Durée de l'opération .53 minutes.

Suites de l'opération favorables ; les règles sont irrégulières.

L'opérée, revue à la fin de l'année 1886, se portait fort bien.

Examen anatomo-pathologique (fait par M. le Dr **Poupinel**).

A. — Enorme tumeur en chou-fleur pesant 1250 gr., développée aux dépens de l'ovaire gauche. La masse centrale est une tumeur polykystique à trois loges principales. La plus grosse de ces loges présente le volume d'un œuf de poule et est littéralement remplie par des végétations blanchâtres, pédiculées et sessiles suivant les points. Les deux autres loges sont dépourvues de végétations. A la face externe de la tumeur se trouvent d'énormes *végétations* blanchâtres, blanc rosé, rougeâtres, avec quelques grains en dégénérescence, tantôt calcaire, tantôt caséeuse. Ces végétations sont sessiles pour la plupart ; d'autres sont reliées à la tumeur par un pédicule très long. La longueur du pédicule est en certains points, de 4 cent. 1/2 environ. Le pédicule est toujours très grêle par rapport au groupe de végétations qu'il soutient ; il est creux. La

trompe correspondante est attenante à la pièce et sectionnée à ces extrémités. Elle porte, appendue à des pédicules très grêles, plusieurs petits kystes.

B. — Il existait une tumeur analogue, plutôt plus volumineuse, sur l'ovaire droit; elle n'a pu être enlevée en un seul bloc. Le fragment qui a été remis au laboratoire de l'hôpital est constitué par du tissu d'apparence fibreuse à plusieurs couches contenant deux corps jaunes. On a donc affaire à un ovaire portant à sa surface des végétations sessiles d'apparence plus vasculaire que les précédentes.

C. — Plaque néoplasique, rougeâtre, dépolie, rugueuse sur le péritoine pariétal, presque au niveau de la ligne médiane. On ne trouve rien autre chose de suspect dans la cavité abdominale.

Description microscopique. — Le raclage de fragments de parois et de végétations, après un séjour de 24 heures dans l'alcool au tiers, détache : « 1° un lambeau provenant vraisemblablement de la face externe de la tumeur et un revêtement de cellules épithéliales aplaties, losangiques, à gros noyau ovalaire muni de un ou deux nucléoles brillants, à protoplasma légèrement granuleux; 2° de nombreuses cellules cylindriques, longues, à noyau allongé parallèlement à l'axe de la cellule avec un ou deux nucléoles réfringents, la plupart sans cils vibratiles, quelques-uns avec des cils.

Le raclage des végétations (extra ou intra-kystiques) ne donne que des cellules cylindriques, quelques-unes pourvues de cils. Les pédicules du groupe de végétations sont constitués de tissu conjonctif fibreux et de vaisseaux. Ceux-ci se ramifient comme le pédicule conjonctif dont ils occupent le centre.

La plupart des ramifications terminales sont recouvertes d'épithélium régulier, cylindrique, à cils vibratiles. Quelques tubes épithéliaux s'enfoncent exceptionnellement dans le tissu conjonctif des pédicules. En quelques points, on remarque des globules de substance colloïde.

Les végétations sont constituées d'une charpente fibreuse, myxomateuse, vasculaire, toujours peu volumineuse par rapport à leur volume, tapissées d'un épithélium à cellules cylindriques vibratiles. Dans l'épaisseur du stroma conjonctif, généralement à la base de végétations relativement volumineuses, existe quelques petites cavités closes, presque complètement remplies par des végétations. Ailleurs, existent quelques tubes épithéliaux pleins ou creux.

Les parties solides de la tumeur ovarique droites sont constituées par du tissu conjonctif adulte, sillonné par de nombreux vaisseaux

artériels et veineux capillaires à tunique musculaire. Le stroma est aussi parcouru par de nombreux tubes épithéliaux pleins ou dilatés, réguliers ou tapissés par une seule couche de cellules cylindriques vibratiles.

Des globes de substance *colloïde* sont épars dans la préparation. En un point existe un corps jaune récent et plusieurs corps jaunes en voie de régression à différentes étapes de celle-ci.

Les parties solides de la tumeur ovarique gauche ont la même structure connective et vasculaire; elles sont recouvertes d'épithélium cylindrique vibratile et de végétations. Sur une coupe on découvre un ovule. Ici encore, comme pour la tumeur ovarique droite, il reste des zones de substance ovarique saines. En un point s'observent des globules de matière colloïde de petites dimensions.

La plaque péritonéale secondaire est constituée de tissu conjonctif adulte, dans lequel s'enfoncent de nombreux tubes épithéliaux, farcis de globes de substance colloïde. Entre cette plaque et la paroi abdominale existe encore une couche saine de tissu cellulo-adipeux.

Cas de généralisation des tumeurs végétantes aux poumons et aux reins.

OBS. XXIX. — SEGOND. KYSTES PROLIFÈRES DES OVAIRES. — SUPPURATION D'UNE PORTION DES KYSTES. — TUMEURS SECONDAIRES RÉNALES. — PNEUMONIE FIBRINEUSE DROITE. In th. HADJÈS, p. 59.

Rouffin Lucie, âgée de 32 ans, occupant le n° 15 de la salle Ste-Adelaïde.

Autopsie. — Faite le 23 octobre 1884. Femme très maigre, ne présentant comme lésion cutanée qu'une cicatrice linéaire blanche située sur la paroi abdominale, sur la ligne médiane et s'étendant de l'ombilic au pubis; des deux côtés de cette cicatrice se trouvent d'autres cicatrices plus petites de points de suture.

La paroi abdominale est très distendue. En l'incisant il s'écoule dix litres de pus crémeux. On voit alors que la cicatrice signalée précédemment ne présente aucune interruption et, en outre, que le liquide purulent qui s'est écoulé était renfermé dans une poche dont la paroi antérieure est constituée par la paroi abdominale, les parois supérieures et latérales, par une membrane conjonctive assez résistante et la paroi inférieure par un tissu mou de végétations soudées les unes aux autres et formant une masse grosse comme un œuf. Quelques végétations plus petites sont isolées

D'autres ont envahi le corps de l'utérus dont on ne trouve plus de traces.

Les ovaires et les trompes des deux côtés sont remplacés par le tissu de végétations induré.

Au-dessus de la poche se trouvent les intestins refoulés et réunis en masse par des adhérences résistantes. Au-dessous de la poche le rectum et la vessie comprimés ne présentent pas de lésions.

Les uretères comprimés, mais néanmoins perméables dans le petit bassin sont dilatés au-dessus jusqu'à leur sortie des reins. La muqueuse de l'intestin est d'aspect normal dans toute son étendue.

Les *reins*, dont le tissu ne paraît pas altéré, renferment chacun un noyau blanchâtre, arrondi, mou, semi-transparent, gros comme un pois et situé sur la ligne qui sépare la substance corticale de la substance médullaire.

La rate est petite, diffluente et ne renferme pas d'infarctus.

Le diaphragme est refoulé en haut par la poche purulente qui soulève les intestins, le foie et l'estomac : le sommet de sa convexité correspond à un plan passant au-dessous de la troisième côte.

Le péricarde renferme une cuillerée de liquide citrin.

Le cœur gros comme un poing d'adulte ne présente ni endocardite, ni lésion d'orifice.

Les deux poumons sont refoulés vers le haut de la cage thoracique. Les plèvres ne renferment pas de liquide.

Le *poumon gauche* emphysémateux, contient au niveau du sommet deux petits kystes formant une petite masse grosse comme une noisette ; ces kystes renferment un liquide grisâtre. Ce poumon adhère en plusieurs points de son bord postérieur à la plèvre pariétale confondue à ce niveau avec la plèvre viscérale.

Le *poumon droit*, dont le lobe moyen et le lobe inférieur sont à l'état d'hépatisation grise, renferme au niveau de son sommet plusieurs petits kystes semblables à ceux du poumon gauche. Son bord postérieur est intimement soudé à la paroi thoracique, par symphyse des deux plèvres.

Larynx, pharynx, trachée, sans lésions visibles à l'œil nu. Muqueuses de l'œsophage et de l'estomac d'aspect normal.

Vésicule biliaire ne renfermait pas de calculs et remplie de bile rougeâtre. Voies biliaires perméables.

Foie de volume normal : son tissu, jaunâtre et mou, ^{est}graisse le doigt et répand une forte odeur de foie gras très marquée. Les centres nerveux encéphaliques ne présentent pas de lésions.

Examen histologique. — Cet examen fait par M. le Dr **Luchard**

montre, dans les végétations de la paroi inférieure de la poche du kyste, qu'elles sont conjonctives et recouvertes d'un épithélium cylindrique. Elles sont composées et ramifiées et le stroma conjonctif qui les réunit renferme lui-même un grand nombre de petits kystes tapissés de cellules cylindriques. Les kystes du poumon sont entourés de tissu conjonctif dans lequel on trouve de petits kystes analogues.

Les noyaux des reins présentent la même constitution.

Le diagnostic anatomique de kystes prolifères des ovaires et des trompes avec petits noyaux de généralisation dans les reins et les poumons paraît donc justifié.

OBS. XXX. — TERRIER. KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT.
— OVARIOTOMIE. — RÉCIDIVE SUR L'OVAIRE DU CÔTÉ GAUCHE. —
DEUXIÈME OVARIOTOMIE. — GUÉRISON. — In *Union méd.*, 1885,
p. 926 et Th. de Hadjès, p. 72.

M^{me} G..., femme Dub., âgée de 42 ans, sans profession, entre le 13 janvier 1884, salle Châssaignac, n° 13, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale. Réglée à 14 ans, elle n'a jamais eu de troubles de la menstruation : depuis quelque temps, les règles jusqu'ici très abondantes ont diminué de quantité.

Mariée à 21 ans, elle n'a jamais eu d'enfants et n'a jamais fait de fausses couches.

Il y a une douzaine d'années, la malade a été sujette à des douleurs au niveau des régions ombilicale, hypogastrique et iliaque gauche.

La douleur était alors le seul symptôme qui existât et le ventre avait son volume habituel. A cette époque, la malade alla consulter M. **Van Peteghem** (de Lille), celui-ci reconnut une tumeur grosse comme une pomme, de consistance dure et siégeant dans la fosse iliaque droite.

La malade vint alors à Paris et consulta M. le professeur **Du-play**. Celui-ci découvrit une seconde tumeur du volume d'un petit œuf mobile, situé au-dessus de la symphyse pubienne et conseilla à la malade de se faire opérer le plus tôt possible. M. **Péan** consulté quelques jours plus tard, diagnostiqua, au dire de la malade, un corps fibreux kystique ; il ne croit pas l'opération nécessaire, du moins pour le moment. Quatre ou cinq semaines après, M. **Parise** (de Lille) diagnostiqua des fibro-kystes multiples et considéra l'opération comme impossible. Peu après, M. **Koeberlé** à Strasbourg diagnostiqua une tumeur fibreuse kys-

tique et rejeta l'intervention. Le développement du ventre a été graduel et la marche, silencieuse d'ordinaire, n'a été interrompue que par cinq ou six poussées douloureuses.

Urines abondantes, perte de l'appétit. Examen de **M. Terrier** qui diagnostique un kyste de l'ovaire ; une ponction exploratrice est faite le 19 janvier.

Première ovariectomie. — Faite par **M. Terrier** avec l'aide de **MM. Périer, J. Championnière** et **Berger**, chirurgiens des hôpitaux. Ouverture rapide du péritoine qui contient un peu de liquide ascitique. La poche kystique droite, est recouverte par l'épiploon adhérent au kyste et à la paroi abdominale. En bas, les tumeurs sus-pubiennes sont des kystes remplis de liquide clair qui les distend fortement.

L'épiploon est détaché peu à peu du kyste et de la paroi ; adhérences intimes entre le kyste et l'appendice cœcal. Le kyste du côté droit est ponctionné et donne trois litres et demi d'un liquide rougeâtre avec des cristaux de *cholestérine*. En bas le kyste se continue avec la masse polykystique sus-pubienne.

Deux pédicules sont faits un à droite et l'autre à gauche.

Masses végétantes derrière le pédicule droit qui sont enlevées. Toilette minutieuse du péritoine et du petit bassin ; on replace l'épiploon en avant des anses intestinales et on fait la suture du ventre avec huit fils profonds et un superficiel. Durée de l'opération : cinquante-quatre minutes.

Suites de l'opération excellentes ; la malade sort guérie le 23 février. Revue vers la fin de 1881, elle jouissait d'une bonne santé et ne présentait pas trace de récurrence, le kyste enlevé était formé d'une grande poche du volume d'une tête d'adulte et de quatre poches accessoires offrant les dimensions du poing et au-dessous. Le liquide du kyste est de deux kilogrammes et cent grammes ; le liquide évacué, de quatre litres.

Apparition d'une nouvelle tumeur vers le mois d'août 1885, traduisant sa présence par les douleurs qu'elle provoque chez la malade et la tuméfaction de l'abdomen. Urines normales en quantité et qualité ; mictions difficiles et fréquentes, pas de règles, celles-ci s'étant supprimées après la première intervention chirurgicale.

Deuxième ovariectomie. — Faite par **M. Terrier** le 30 mars 1886 à l'hôpital Bichat. Adhérence du kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche avec les parois abdominales antéro-latérales. adhérences épiploïques. Ablation de la tumeur en masse, sans ponction ; ligature du pédicule avec deux fils à anses entrecroisées (méthode **Thornton**). Durée de l'opération : vingt-deux minutes. Revue en 1888, **M^{me} D...** présente des accidents de rhumatisme,

mais pas trace de récidence, si ce n'est que quelques ganglions sous-maxillaires droits et parotidiens étaient tuméfiés.

Examen anatomo-pathologique (Dr **Poupinel**). — Le poids total de la tumeur enlevée en second lieu est de 6 kilogr.; 4.000 gr. de liquide pour 2.100 de matière solide. Cette masse multilobée a le volume total d'une tête d'adulte environ, ressemblant à une grappe de raisin ou à un ovaire de poule, dont chaque lobe a au moins le volume d'une pomme d'api. Les diverses poches ont en général une paroi assez mince, tout à fait transparente pour plusieurs d'entre elles. Leur contenu est visqueux, filant, ambré. Elles sont toutes groupées et implantées autour d'une masse semi-solide sur laquelle s'observent trois groupes de végétations en choux-fleurs et où vient le pédicule de la tumeur. La masse semi-solide est constituée par un tissu aréolaire. Dans l'intérieur des petits kystes qui la constituent s'observent de volumineuses végétations blanchâtres dont quelques-unes comblent complètement la cavité où elles se trouvent. Deux des grands kystes présentent aussi des végétations sur leur face interne.

Il existait des masses néoplasiques sur le péritoine pelvien; elles n'ont pu être enlevées.

Examen histologique (Dr **Poupinel**). — On est en présence d'un épithélioma à cellules cylindriques vibratiles; le stroma est formé de tissu conjonctif adulte, creusé de quelques cavités épithéliales remplies plus ou moins de végétations. On y voit un revêtement épithélial régulier, mais très bourgeonnant, une seule couche de cellules cylindriques de haute grandeur à cils vibratiles. La charpente des végétations est en général fibreuse, myxomateuse dans quelques-unes. Des globes de substance colloïde sont disséminés en grande abondance un peu partout, surtout dans le stroma des végétations et celui de la tumeur au voisinage des kystes.

OBS. XXXI. — TUMEURS VÉGÉTANTES D'ASPECT PAPILLOMATEUX ET CANCÉREUX DES DEUX OVAIRES. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON. (in thèse Wacquez 1890.)

Léontine M..., repasseuse, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur **Duret**, le 5 juillet 1887.

Les règles apparaissent à l'âge de 12 ans, et depuis lors elles ont toujours été régulières.

Pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels. La malade ne peut indiquer à quelle date a débuté son affection. C'est seulement il y a deux ans qu'elle a constaté une augmentation de volume du ventre accompagnée de gêne de la marche et de pesan-

teur dans l'abdomen : elle ne peut non plus indiquer de quel côté est apparue la tumeur.

A aucune époque la malade n'a ressenti de douleurs dans le ventre.

On fit successivement quatre ponctions en janvier, en mars, en juillet 1886 et en mars 1887. Dans les trois premières ponctions on retira un liquide jaune citrin; à la quatrième il s'écoula du liquide couleur chocolat filant et muqueux. A chaque ponction on retira 15 à 20 litres de liquide ascitique dont la reproduction fut toujours assez rapide. La malade éprouvait de fréquentes envies d'aller à la garde-robe.

Elat actuel. — Le ventre est volumineux, tombant sur les cuisses et mesure 122 centimètres dans sa plus grande circonférence. On mesure 67 centimètres de l'appendice xiphoïde au pubis et 65 centimètres d'une épine iliaque à l'autre. La peau de l'abdomen présente un aspect bleuâtre, elle est sillonnée de grosses veines surtout à la partie supérieure des hypocondres, elle est vergetée à sa partie inférieure.

La pointe du sternum est refoulée en avant, l'ombilic est saillant et la peau est épaissie à son niveau.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Dans la moitié supérieure de l'abdomen, sur la ligne blanche, la matité n'est pas absolue, mais la sonorité maxima existe au niveau des flancs droit et gauche, sur une surface de deux travers de main.

Lorsqu'on fait coucher la malade sur un côté, la sonorité ne devient que très peu évidente du côté opposé. Sensation de flot très nette.

Le ventre est dépressible, mais en aucune partie de l'abdomen on ne sent de masse dure.

Le col utérin remonte très haut; la matrice est remontée dans la concavité du sacrum et très difficile à atteindre.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse dure que l'on prend d'abord pour l'utérus incliné latéralement. On porte le diagnostic probable de tumeur kystique avec poche très volumineuse.

L'opération est pratiquée le 14 juillet par M. le professeur **Duret**. On fait une incision longitudinale de 18 cent., et partant de 3 cent. de l'ombilic jusqu'à 3 cent. du pubis. On tombe sur le péritoine que l'on incise; il s'écoule 800 grammes environ de liquide citrin, légèrement huileux. On ponctionne alors avec un gros trocart ce que l'on croit être le kyste et l'on retire environ 20 litres d'un liquide couleur chocolat et tenant en suspension une grande quantité de paillettes de cholestérine.

L'opérateur cherche ensuite à décoller les adhérences qui paraissent exister entre le péritoine pariétal et la prétendue paroi antérieure du kyste ; celle-ci est très mince et se rompt facilement. Ces ruptures laissent écouler du liquide chassé de l'arrière-fond de la cavité par les mouvements de contraction que fait la malade.

Le liquide ne cessant de couler, on se décide à sectionner la poche sur une longueur de quelques centimètres.

Ce qu'on avait cru décoller comme paroi du kyste n'était autre que le péritoine lui-même adhérent à un fascia sous-péritonéal épaissi et lamelleux ; on reconnaît bientôt l'erreur et l'on tombe dans la cavité abdominale à la partie supérieure de laquelle les intestins sont refoulés. Il s'agissait d'une vaste ascite dans laquelle sans doute, à cause de la densité du liquide, les anses intestinales avaient été refoulées à la périphérie dans tous les sens, comme cela se produit ordinairement dans les kystes de l'ovaire.

On retire au moyen d'éponges le reste du liquide et on prolonge l'incision ; on aperçoit alors dans le petit bassin une tumeur végétante au niveau de l'ovaire gauche.

La main de l'opérateur délimite avec beaucoup de peine une tumeur renfermée dans une poche presque sessile et présentant trois pédicules très courts qui l'attachent à l'utérus. On fait sur chaque pédicule une ligature avec du fil de soie et l'on sectionne.

La masse néoplasique enlevée présente le volume d'une orange.

Du côté de l'ovaire droit, la main rencontre une autre tumeur, à parois dégénérées et présentant des ulcérations à travers lesquelles font hernie des végétations néoplasiques. Cette tumeur présente un premier pédicule assez mince qu'on lie avec du fil de soie et qu'on sectionne ; sur le second pédicule de gros calibre on applique une pince de Richelot. On sectionne et l'on amène une tumeur du volume d'une tête de fœtus.

Avec du fil de soie, on pose trois ligatures en chaîne sur le pédicule situé profondément dans le petit bassin en arrière de l'utérus. Dans le cul-de-sac postérieur on sent de petites concrétions calcaires, irrégulières, qu'on enlève avec le doigt.

On resèque le lambeau péritonéal qui a été décollé de la partie abdominale, on fait la toilette du péritoine surtout dans le petit bassin et l'on suture.

Aucun accident consécutif ; la température ne monte jamais au-dessus de 38° et trois semaines après l'opération la malade peut se lever et sortir de l'hôpital complètement guérie.

Examen des tumeurs enlevées. — La tumeur gauche présente la

forme d'un cuboïde, du volume d'une grosse orange ; sa surface est lisse. Sur une coupe, on voit une masse de tissu mou, bourgeonnant, d'un gris jaunâtre sale au sein duquel on ne constate plus trace d'ovaire. Ces néoformations sont contenues dans une enveloppe de tissu conjonctif, enveloppe complète et sans pertuis.

Le tissu de la tumeur est très friable et paraît assez vasculaire ; l'aspect du néoplasme est celui d'un sarcome embryonnaire ou d'un épithélioma végétant, très mou.

La tumeur droite présente un degré plus avancé de prolifération ; çà et là son enveloppe est ulcérée, perforée par les progrès de la néoformation et par les différentes ouvertures s'échappe le tissu qui, de l'intérieur, a proliféré vers l'extérieur ; de sorte que la tumeur principale encore enveloppée dans une coque ou paroi fibreuse est surmontée d'une masse en chou-fleur ayant au moins le quart de son volume.

Les végétations sont molles, grisâtres, d'aspect encéphaloïde, elles sont pressées les unes contre les autres comme les capitules de certaines plantes.

A quelque distance, on voit une végétation distincte, plus petite qui a perforé isolément l'enveloppe.

Ni dans l'une, ni dans l'autre de ces deux tumeurs on ne constate de cavités kystiques.

Examen histologique, par M. le professeur **Augier**. — La coupe porte sur la tumeur au niveau d'un point où se trouve situé un petit kyste du volume d'une noix dont la cavité est entièrement bourrée de végétations.

La paroi de la tumeur est formée de deux couches assez distinctes, une externe lamellaire, dense, fibreuse, l'autre interne dont les faisceaux de tissu conjonctif moins serrés présentent de nombreuses coupes de vaisseaux sanguins dans leur intervalle. De la surface interne de cette couche s'élèvent dans la cavité du petit kyste des végétations arborescentes de configuration et de direction extrêmement variées. Les bourgeons des masses végétantes ne paraissent être arrêtés dans leur développement que par le voisinage des végétations voisines.

Ces végétations sont toutes constituées par une charpente conjonctive tapissée d'un épithélium cylindrique de revêtement. La charpente conjonctive présente presque partout l'apparence du tissu myxomateux.

Les végétations, même les petites, contiennent des vaisseaux au centre. Les végétations les plus épaisses présentent au voisinage de leur implantation du tissu conjonctif adulte, fibrillaire.

L'épithélium de revêtement présente partout une disposition régulière en une seule couche. On ne trouve dans aucune des coupes des amas épithéliaux rappelant l'aspect carcinomateux.

Dans la plupart des végétations l'élément épithélial l'emporte et l'axe conjonctif est réduit à une tige extrêmement grêle, de sorte que la néoformation en ce point paraît être de nature épithéliale. Le revêtement épithélial est toujours régulier, mais en ces points il affecte une disposition dendritique remarquable.

L'épithélium comprend des cellules cylindriques simples très hautes, ou des cellules caliciformes. On n'a pu trouver de cils vibratiles. En aucun point de la tumeur on ne constate de dégénérescence cancéreuse. On se trouve donc ici en face de papillomes purs de l'ovaire et l'on conçoit assez bien que des tumeurs de ce genre ne soient pas de mauvaise nature.

La malade revient voir M. Duret le 20 novembre 1888. La santé est excellente, l'embonpoint est considérable; elle se plaint seulement de l'augmentation du volume du ventre.

Les règles sont revenues 5 mois après la guérison, peu abondantes, sans la moindre douleur et ont duré cinq jours; elles ont le même caractère qu'avant l'opération, et cela malgré l'ablation totale des deux ovaires.

Pendant les cinq mois où elles ont fait défaut, la malade n'a jamais éprouvé le moindre trouble céphalique, abdominal ou gastrique.

L'augmentation de volume du ventre est due simplement à une éventration qui forme une tumeur du volume des deux poings et qui siège au niveau de l'incision opératoire. Cette éventration permet à la main d'explorer profondément et de noter l'absence de toute tumeur dans le petit bassin. Le toucher vaginal permet à peine de sentir à l'extrémité du doigt le col de l'utérus qui est très remonté et regarde en arrière. Cette ascension est due probablement à la rétraction cicatricielle. Rien dans les culs-de-sac. La guérison est donc complète jusqu'à présent et après 16 mois, il n'y a pas trace de récurrence.

On conseille à la malade le port d'une ceinture ombilicale élastique dans le but de maintenir la réduction de la hernie.

La malade est revue en mars 1890. Aucune trace de récurrence.

État général excellent.

Remarques par M. DURET. — 1^o Le diagnostic porté avant l'opération fut erroné bien que l'examen eût été fait avec le plus grand soin. Pourtant le ventre était globuleux et saillant dans la région ombilicale.

On songea donc à un kyste très volumineux. La percussion

révélaît de la sonorité manifeste à l'épigastre, sous les hypochondres et dans les flancs, et lorsqu'on faisait coucher la malade sur le côté, la zone périphérique de sonorité ne subissait que peu de modifications. Les intestins ne surnageaient pas comme dans l'ascite ordinaire. Il est peut être rationnel d'admettre que lorsque la cavité péritonéale contient un liquide très dense et comme huileux les anses intestinales ne se déplacent pas aisément.

2° L'ablation de tumeurs ovariennes molles et presque sessiles a pu cependant être faite et le succès opératoire a été rapide et complet.

3° Quelle est la nature de ces tumeurs ? L'examen histologique a démontré qu'on se trouvait en présence de papillomes de l'ovaire ne présentant en aucun point la dégénérescence cancéreuse. Peut-être est-il rationnel d'invoquer la bénignité du papillome pur pour expliquer cette guérison sans récidive.

4° Il n'y a d'ailleurs qu'à s'applaudir d'avoir entrepris cette opération. La malade a déjà 32 mois de survie; il n'y a aucune trace de récidive et sa santé est florissante. Qu'on rapproche cette observation de celle relatée au n° 35; dans les deux cas on a affaire à des tumeurs végétantes des deux ovaires; mais dans le premier cas, le cancer s'est généralisé, dans celui-ci au contraire, la guérison par l'opération paraît définitive. Notons que la malade qui guérit est jeune, circonstance qui peut-être explique l'heureux résultat de l'intervention. La différence de constitution histologique de ces tumeurs ne suffit-elle pas à expliquer la différence d'évolution? Toutefois il est prudent de ne pas affirmer une guérison définitive de peur d'être déçu dans l'avenir.

Voici, en effet, une observation où la récidive s'est faite cinq ans après l'opération.

Obs. XXXII. DAWSON. *American J. of. Obst. N.-Y.* Vol. XX, 1887, p. 734.

Papillome développé secondairement à une laparotomie pour kyste de l'autre ovaire. L'A. rapporte l'observation d'une malade à qui il a enlevé une tumeur kystique de l'ovaire trois ans auparavant. Il dut faire une deuxième laparotomie pour enlever une tumeur végétante de l'autre ovaire. La malade a parfaitement guéri. L'A. se demande, s'il n'eût pas mieux fait de faire dès le début la double castration. Malheureusement **Dawson** dans sa communication ne parle pas de la nature du premier kyste qu'il a enlevé. Mais à notre avis, il faut enlever d'emblée les deux ovaires lorsqu'on se trouve en face de tissus prolifères papillaires, il est même

préférable et prudent de le faire également pour les kystes prolifères, glandulaires **Poupinel, Hadjès**.

OBS. XXXIII. — **MUNDÉ**. *Amer. Journ. of Obst. N.-Y*; Vol. XX. p. 1187, 1887. — LAPARATOMIE EXPLORATRICE DANS DEUX CAS DE TUMEURS PAPILLAIRES. — DISPARITION DE L'ASCITE. — GUÉRISON.

L'A. signale deux observations de tumeurs papillaires des ovaires avec lésions secondaires du péritoine. Dans un des cas les papilomes remplissaient la cavité pelvienne et recouvraient l'utérus et la vessie. L'A. dut se contenter d'une simple laparotomie exploratrice, et d'évacuer le liquide. Le liquide ne reparut pas et la malade était très bien portante un an après.

A propos de cette communication le Dr **Lee** fait remarquer la grande tendance de kystes papillaires à gagner le péritoine. Aussi l'A. est-il de l'avis de **Mundé** et conseille de faire une exploration minutieuse de la cavité abdominale; il préconise en outre un drainage permanent pendant assez longtemps après l'intervention. Le Dr **Coe** fait remarquer que les deux kystes rapportés par **Mundé** étaient des kystes du ligament large, qui généralement passent pour être bénins, et il ajoute qu'on doit se rappeler qu'**A. Doran** a montré que ces kystes devenaient quelquefois papillaires après une ou plusieurs ponctions. Il condamne donc cette méthode opératoire.

OBS. XXXIV. — **E. B. CRAGIN**. — PAPILLOME SECONDAIRE DÉVELOPPÉ DANS LE MÊME LIGAMENT OU UN AN AUPARAVANT ON AVAIT ENLEVÉ UN KYSTE DU MÊME REPLI. — ABLATION. — GUÉRISON.

La tumeur était très friable, et très vasculaire, elle saignait au moindre contact. Aussi l'hémorrhagie fut-elle très abondante, et pour l'arrêter l'A. dut enlever l'utérus. Malgré la gravité de l'opération la malade guérit; un an après elle jouissait d'une excellente santé et avait augmenté de 40 livres. Néanmoins il reste encore une masse pelvienne assez volumineuse et l'A. se demande si elle est formée par une tumeur papillaire ou une entérocele adhésive. L'A. ne s'explique pas l'origine de cette tumeur papillaire.

On pourrait dans ce cas admettre qu'elle s'est développée aux dépens des débris du corps de Wolf comme certains auteurs l'admettent généralement.

OBS. XXXV. LOMER. Centr. f. gyn. n° 52, 1889. — PAPILLAIRE
BILATÉRAL DES DEUX OVAIRES. — ASCITE ET INFECTION PÉRITO-
NÉALE. — GUÉRISON DURABLE.

Malade âgée de 32 ans, mariée, sans enfants, vue pour la première fois par l'A. en juillet 1885, elle croyait être sur le point d'accoucher. Neuf mois auparavant, elle avait ressenti dans le ventre une douleur subite et intense, et elle est obligée de s'aliter pendant plusieurs jours. Depuis cette époque le ventre augmente de volume, tandis que la malade maigrit. A l'examen, on constate une ascite abondante, mais pas de grossesse ; par le palper on sent que ces deux ovaires sont malades et que l'utérus est perdu et enclavé au milieu de ces tumeurs.

Laparatomie le 15 juillet 1885. La cavité pelvienne est complètement remplie par une masse papillaire du volume des deux poings. On dut les séparer de l'utérus et du rectum en passant de nombreuses ligatures. La vessie altérée fut ouverte pendant ces manœuvres, elle fut recousue aussitôt. L'A. trouve dans la grande cavité des masses papillaires, les unes libres, les autres greffées sur l'intestin, le péritoine était fortement altéré. Enfin il existait des greffes sur le péritoine pariétal. On ne put prétendre avoir tout enlevé.

Suites. — La malade guérit rapidement, elle augmente de 27 livres anglaises dans l'espace d'un mois. L'A. a revu la malade plusieurs fois depuis son opération ; et au moment de sa communication, c'est-à-dire, quatre ans et demi après, il n'y avait pas trace de récurrence, et la santé était parfaite.

OBS. XXXVI. GREEN. (Boston Méd. Journ. 1892 p. 142) TUMEUR
PAPILLAIRE VÉGÉTANTE DE L'OVAIRE. — ABLATION. — DRAINAGE.
— GUÉRISON.

Malade âgée de 27 ans, vient consulter pour des douleurs pé-
viennes. On trouve simplement l'ovaire un peu augmenté de
volume. Trois mois après nouvel examen, la tumeur a le volume
du poing. Opérée en novembre 1890, on lui enlève une tumeur
papillaire des deux ovaires. On ne trouve pas de traces de végéta-
tion abdominales et intestinales, mais toute la séreuse pelvienne
est détruite. Lavage et Drainage.

Les pièces examinées par le Dr **Mallary** montrent qu'il s'agit
de végétation papillaire provenant d'un kyste rompu. L'A. pense
que la récurrence a peu de chances de se produire, ni que l'ablation

a été totale, et qu'il n'y avait pas de greffes. Un an après la malade ne présentait aucun signe de récurrence et était très bien portante.

Obs. XXXVII. BOLDT. Am. Journ. of. Abt, 1890, vol. XXIII p. 63.
— CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE. — KYSTE MULTILOCULAIRE. —
KYSTE MULTILOCULAIRE AVEC VÉGÉTATIONS. — KYSTE ISOLÉ
D'ORIGINE INCONNUE.

Il s'agit d'une malade de 47 ans à qui l'A. avait pratiqué, 14 mois auparavant, une laparatomie pour une tumeur abdominale à évolution maligne. A l'ouverture du ventre il s'écoule trois quarts de seau, d'un liquide citrin. On tombe ensuite sur une tumeur métastatique du grand épiploon, d'aspect tuberculeux. Cette tumeur est très adhérente à la paroi et aux intestins qui sont agglomérés ensemble. On enlève une petite partie de la tumeur pour être examinée microscopiquement, elle ressemble à du cancer. L'A. se contente d'évacuer le liquide, de laver le péritoine. Amélioration considérable pendant deux mois, au bout de ce temps réapparition de l'ascite. On incise la paroi abdominale et on place un drainage à demeure. L'état de santé s'améliore dès lors rapidement. Au bout de quelques mois la malade supprime le drainage et l'ascite disparaît et on draine de nouveau. Malgré cela, le ventre augmente de volume du fait d'une tumeur pelvienne et la malade réclame une intervention qui est pratiquée le 8 mai 1889.

On enlève un kyste colloïde contenant dans son intérieur des végétations papillaires, mais on ne peut enlever toute la poche; il y avait en outre dans le cul-de-sac de Douglas une deuxième poche remplie de pus. En avant des premières vertèbres sacrées et y adhérent on trouve un kyste du volume du poing dont l'origine reste inconnue. La malade succombe trois jours après.

L'A. fait suivre cette observation des remarques suivantes. La tumeur du grand épiploon adhérent aux intestins, qu'on avait observée lors de la première intervention, avait complètement disparu, et cependant l'examen histologique fait sur une parcelle de cette masse avait montré qu'il s'agissait d'un carcinome. L'auteur insiste aussi sur le développement rapide de la tumeur ovarienne qui avait nécessité la seconde intervention.

Pour notre part nous ferons remarquer combien il est peu probable que la tumeur épiploïque fut du cancer. En effet il n'est pas rare de trouver à la coupe de certaines végétations papillaires des espaces pleins remplis de cellules épithélioïdes (**Pfannenstiël**, **Quénu**), qui simulent exactement le tissu carcinomateux. Cette

particularité de structure serait fréquente dans les kystes mixtes, c'est-à-dire glandulo-papillaires.

Obs... F. BURT. — DOUBLE TUMEUR PAPILLAIRE AVEC NOMBREUSES VÉGÉTATIONS PÉRITONÉALES. — ABLATION. — LAVAGE. — DRAINAGE. — GUÉRISON. (*Méd. Record*, 1890, XL, p. 331.)

Il s'agit d'une malade âgée de 33 ans, vue pour la première fois en 1890. Réglée à 15 ans, régulièrement. Durée 3 à 4 jours avec légère dysménorrhée. Celle-ci ne s'est pas aggravée ces 4 dernières années, époque à laquelle ont apparu des douleurs ovariennes assez intenses. Depuis un an et demi l'abdomen a augmenté de volume et en 1889 un médecin consulté fait le diagnostic de tumeur ovarienne. L'A. la voit en mars 1890 et lui conseille une intervention qui est acceptée.

Opération 22 avril 1890. A l'ouverture du ventre écoulement de liquide assez abondant. A droite on arrive sur une tumeur kystique du volume d'une tête d'enfant, remplie de végétations papillaires : à gauche on trouve une tumeur de même nature, mais de volume moitié moindre. L'épiploon et l'intestin sont recouverts de milliers de papillomes; l'épiploon est en un point très épaissi. Toute la séreuse est fortement congestionnée. Quoique peu confiant dans le résultat l'A. enlève les deux tumeurs pelviennes, et dans la mesure du possible les végétations péritonéales. Toilette soignée de la cavité pelvienne où on enlève tous les débris possible. Le lavage ramène aussi des végétations détachées pendant la décortication. Le ventre est refermé après avoir été drainé par un gros tube qu'on laisse en place 48 heures.

Suites normales, la malade reste en observation pendant 4 mois pendant lesquels elle gagne 40 livres et se porte très bien. Cette malade a été revue un an et demi après, très bien portante et sans aucune espèce de récurrence.

L'A. ajoute que jadis lorsqu'on rencontrait des tumeurs végétales avec des greffes péritonéales, on n'intervenait pas et on les abandonnait à la nature. Mais aujourd'hui on sait que le papillome diffus n'est pas forcément malin et la grande majorité intervient à presque toutes les périodes de l'évolution de ces tumeurs. Aussi les exemples comme les siens ne sont pas rares et plaident singulièrement en faveur de l'intervention. A ce sujet, il fait remarquer qu'il a obtenu un succès dans un cas d'ablation incomplète. L'A. put enlever du côté droit une tumeur papillaire de l'ovaire, et dut laisser en place celle du côté gauche. Car un an après, malgré l'infection péritonéale et intestinale qui existait lors

de l'intervention, malgré la tumeur laissée, la malade se portait très bien. L'ascite n'avait pas reparu, et la tumeur ovarienne n'avait pas augmenté de volume.

OBS. XXXVIII. K. THORNTON, *Med. Times and Gazette* 1881, vol. I. p. 213 et 673. — TUMEUR PAPILLAIRE AVEC GÉNÉRALISATION PÉRITONÉALE. — ABLATION. — GUÉRISON.

Femme de 41 ans. Kyste à végétations papillaires internes. Rupture du kyste. Généralisation au péritoine. Ovariectomie, le 3 mai 1877, opérée, bien portante en 1881. Toute trace des petits papillomes qu'on avait vus et sentis sur le péritoine pendant l'opération a complètement disparu.

OBS. XXXIX. K. THORNTON. — KYSTES DES DEUX OVAIRES ROMPUS DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE AVEC INFECTION PÉRITONÉALE.

Femme de 33 ans. Ovariectomie le 4 juillet 1877. Développement rapide en 9 mois. Kystes papillomateux des deux ovaires soudés ensemble, adhérents à la vessie, à l'utérus.

Péritoine pariétal et viscéral recouvert de granulations (grains de sagou) groupées par plaques. Ablation de quelques-unes de ces granulations. Drainage péritonéal. Etat de santé excellent plus de quatre ans après l'opération.

OBS. XL. K. THORNTON. — KYSTE OVARIQUE OUVERT DANS LE PÉRITOINE. — INFECTION PÉRITONÉALE. — OVARIOECTOMIE. — GUÉRISON AVEC GROSSESSE ULTÉRIEURE.

On enlève un kyste multiloculaire à parois épaisses de l'ovaire droit; contenant des végétations papillomateuses dans toutes ses poches. La tumeur est constituée par un gros kyste et une quantité de petits. Péritoine pelvien recouvert de végétations papillaires.

Guérison. — Bonne santé ultérieure. — Une grossesse depuis son opération. L'opérée revue 3 ans et demie après l'opération, en bonne santé.

OBS. XLI. K. THORNTON. — RÉCIDIVE DANS LA CICATRICE.

Laparotomie le 13 avril 1876 pour une tumeur papillaire; l'opération fut très laborieuse à cause des adhérences intestinales et à la paroi pelvienne. La malade guérit, mais un an et demi après (oct. 1877), il se produit une fistule stercorale, et peu après on vit

apparaître au niveau de la cicatrice une tumeur végétante. Il y avait là une récurrence dans la cicatrice.

Nouvelle intervention avec ablation partielle. La malade succomba au tétanos.

OBS. LXII. K. THORNTON. — OVARIOTOMIE LE 27 FÉVRIER 1878.
GUÉRISON.

Kystes à végétations internes papillomateuses de l'ovaire gauche, papillomes externes de l'ovaire droit. Masses végétantes au fond du cul-de-sac de Douglas et sur l'utérus. Ganglions inguinaux. Bonne santé 3 ans et demi après. Persistance des tumeurs pelviennes et inguinales.

OBS. XLIII. — K. THORNTON.

Femme âgée de 49 ans. Mariée. Opérée en mai 1879. Incision exploratrice. Tumeurs papillomateuses des deux ovaires avec infection générale du péritoine et gros fibrome utérin. Évacuation du liquide ascitique et ablation de grosses masses papillomateuses. La guérison dure encore.

OBS. XLIV. — K. THORNTON. EXEMPLE DE RÉCIDIVE AVEC GÉNÉRALISATION SARCOMATEUSE.

Femme âgée de 38 ans est opérée en novembre 1878 pour une tumeur qui s'est développée rapidement. L'opération fut laborieuse par suite des adhérences épiploïques, pelviennes et utérines. L'état général était mauvais. La tumeur était constituée par des tumeurs papillaires. En janvier 1881, la malade succomba aux progrès de la tumeur abdominale, ayant amené une obstruction intestinale par compression de l'S iliaque. A l'autopsie, on trouve une dégénérescence sarcomateuse des ganglions lombaires avec foyers secondaires dans le foie et les deux plèvres.

Remarques. L'A., fait suivre ces observations de quelques réflexions : C'est ainsi qu'il conclut que la rupture des kystes papillaires donne lieu aux greffes péritonéales, et il pense qu'on risque d'en trouver moins quand l'opération suit de près cette rupture. Pour notre part, nous pensons qu'une opération hâtive met plus sûrement à l'abri des récurrences, mais nous croyons qu'on ne peut se baser, pour intervenir, sur les phénomènes de rupture qui passent presque toujours inaperçus dans les cas de tumeurs

papillaires, et qu'on ne trouve nullement signalés dans les nombreuses observations que nous avons analysées.

L'A. ajoute qu'il existe deux variétés morphologiques de papillomes, les unes petites, fermes et blanchâtres qui se trouveraient surtout dans les kystes uniloculaires, les autres molles; charnues rougeâtres. Au microscope, on ne trouve pas de différences appréciables. Et cependant pour l'A., l'évolution clinique ne serait pas la même; les premiers ne s'échapperaient du kyste qu'après rupture, les seconds, au contraire, auront grande tendance à perforer la poche de bonne heure.

Nous voyons là surtout une différence d'activité cellulaire, la première variété ne serait que le résultat de la prédominance, de la prolifération glandulaire sur la production papillaire.

Dans tous les cas, l'A. dit en terminant qu'il faut opérer aussitôt qu'on suppose une tumeur de mauvaise nature. Or, les tumeurs papillaires doivent être considérées cliniquement comme malignes à cause de leur tendance aux adhérences, à l'infection péritonéale, et à la récurrence locale et ganglionnaire.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs papillaires de l'ovaire sont des néoformations épithéliales.

II. — L'histologie pathologique montre que les unes sont constituées par un épithélium cylindrique le plus souvent cilié, les autres par un épithélium stratifié, polymorphe, métatypique, offrant quelquefois tous les caractères du tissu carcinomateux. D'où les trois variétés suivantes :

1° Adénome papillaire simple } cilié ou
non cilié

2° Adénome papillaire atypique.

3° Adéno-carcinome papillaire.

III. — Au point de vue anatomique et malgré leur nature épithéliale, les premières peuvent être considérées comme bénignes ; les deux autres comme malignes.

IV. — On ne saurait affirmer que ce sont là trois variétés anatomiques distinctes ni qu'elles ne sont que l'expression des évolutions successives d'une seule et même tumeur.

V. — D'une façon générale, on peut considérer cette classe de tumeurs comme maligne. Toutefois certains cas isolés évoluent cliniquement d'une façon bénigne après l'opération et ne récidivent pas, sans que rien dans leur conception anatomique puisse rendre compte jusqu'ici de cette marche. Néanmoins leur pronostic doit toujours être très réservé. En

effet, même les plus bénignes de ces tumeurs se manifestent par des troubles organiques graves (ascite, cachexie); elles ont de grandes tendances destructives, elles donnent lieu à des infections péritonéales fréquentes (greffes); enfin, elles sont susceptibles de récidiver. La métastase vraie ne s'observerait que dans les cas franchement carcinomateux.

VI. — Plus l'intervention sera hâtive, plus on sera en droit d'espérer une guérison radicale. L'opération est indiquée à toutes les périodes d'évolution des tumeurs papillaires, et elle est justifiée par ce fait qu'on a signalé des succès durables même dans des cas d'ablation partielle et de greffes péritonéales multiples. On interviendra donc dans presque tous les cas, l'intervention dut-elle être réduite à une simple laparatomie exploratrice. Celle-ci est, en effet, supérieure à la simple ponction qui est inefficace et peut être dangereuse. Elle permet de se rendre bien compte des lésions, elle assure une évacuation plus complète de l'ascite toujours abondante à la période ultime, enfin, on doit à la laparatomie exploratrice des améliorations prolongées et souvent la disparition complète de l'ascite.

VII. — L'ablation de ces tumeurs constitue en général une opération laborieuse et délicate.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auché B. — De la généralisation pleurale des tumeurs épithéliales de l'ovaire (*J. de Méd. de Bordeaux* 1886-87, p. 263-281-293-304-314).

Aocanci L. — Beitrag. zur Histologie und Histogenese der papillenfüllenden kystoma des ovarium (*Centr. f. alleg. Path und. path. anat. Iéna* 1890, 738-740).

Baer B. F. — A case of papillary dermoïd tumour of the ovary (*Ann. of gyn. and pœd. Philad.* 1890, t. IV, p. 365).

Bourguelle. — Contribution à l'étude des suites éloignées de l'ovariotomie : dégénérescence consécutive, M. Paris, 1884.

Bantock. — Ruptured papillomatous cyst of the right ovary removed from a woman aged 36 (*British. gyn. J.* 1885, n. 293).

Boldt. — Primary carcinoma of the ovary (*Amer. J. of abst. V. XXIII*, 1890).

Burt F. L. — Papilloma of the ovary (double) disseminated extensively over the peritoneum, operation. Recovery. — (*Med. Record. N. Y.* 1891, XI, 331).

Cato. A. M. — Case of papillomatous cyst of the ovary. Recovery. — (*Westminster Hosp. Rep. London*, 1891, 133-135).

Chipault A. — Épithélioma polykystique de l'ovaire gauche (*Bull. Soc. anat.*, 1889, 619-621).

Claisse. — Épithélioma de l'ovaire (*Bull. Soc. anat.*, oct. 1890).

Cleveland. — Discussion sur l'opération des kystes papillaires (*N. Y. Journ. of obst.*, février 1892).

Cragin. — Hystérectomie totale pour tumeur papillaire de l'ovaire — Guérison. (*Amer. J. of obst.*, 1892, 525).

Coblentz H. — Das ovarialpapillom in path. anat. und histogenetischer Beziehung (*Archiv. f. path. anat. Berlin*, 1880, p. 268-316).

Coblentz H. — Die papillären adenokystomaformen, ein Beirecht der inneren weiblicher sexual organen und irhe Behandlung (*Zeitschr. f. geb. und gyn. Band VII*).

Cohn. — Des tumeurs de mauvaise nature de l'ovaire (*Zeits. f. geb. und. gyn.*, 1886, *Heft*).

Dawson. — Papillomatous ovarian tumour, involving the peritoneum (*Amer. j. of obst. N. Y.* 1884, p. 855.)

Doleris. — Tumeur végétante de la muqueuse tubaire, papillome endosalpingitique. Ablation par laparatomie (*Arch. d'obst. et de gyn.* 1890, 183-190.)

Doran A. — Malignant disease of the Fallopian tube and ovary (*Lancet*, 1888, 879.)

Doran A. — Papillary cyst of the ovary (*Trans. Path. soc. London*, 1881, 2, xxxiii, 207.

Doran A. — Proliferating cyst in the ovary of a seven months foetus (*Tr. Path. soc. London*, xxxii, 147-150.)

Doran A. — Papillomatous cyst. of both ovaries causing profuse ascitis. Removal, Recovery (*Tr. obst. soc. Lond.*, 1893, 149-154.)

Dudon. — Tumeur végétante kystique de l'ovaire droit. Guérison. (*Mém. et Bull. Soc. Chir. Bordeaux* 1887 p. 61-63).

Duret. — Tumeur végétante ou papillaire de l'ovaire (*Bull. Méd.* 28 sept. 1892).

Emmanuel. — Ueber maligne ovarialtumoren mit Bildung primordialeinern (*Zeits f. geb. und, gyn.* XXVII-1).

Flaischlen. — Contribution à la connaissance du mode de développement des kystes ovariens (*Berl. Klin. Wochens*, déc. 1891).

Flaischlen. — Des dégénérescences malignes des kystes ovariens. (*Berl. Klin. Wochens*, 1882, n° 6-92).

Fränkel. — De la malignité des tumeurs ovariennes papillaires (*Deutsch. Med. Wochens*, 1891, n° 6).

Freund. H. V. — Traitement des tumeurs malignes de l'ovaire (*Zeits-f. geb. und gyn.* XVII-1).

Friedrich. — Ueber metastatische proliferende papillom der Aortwand bei primären proliferendem papillären kyst. des ovarium (*Kiel*, 1888).

Frommel. — Des papillomes superficiels de l'ovaire hystogénèse, et de leurs rapports avec les kystes papillaires à épithélium vibratile (*Zeits. f. geb. und gyn.* XIX, p. 1-1891).

Green C. M. — A case of papilloma of the ovary and Fallopian Tube (*Boston Med. and Surg. J.* 1892-142).

Hadjès. A. — Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire (*Th. Paris*, 1889).

Hantang. — Epithélioma myxoïde des ovaires avec généralisation au péritoine et à la paroi abdominale (*Soc. anat.* 1887 p. 369).

Krug. F. — Multilocular colloïd cyst of both ovaries, of the vermiform appendix, and multiple colloïd dégénération of the omentum successfully removed (*N. Y. J. of gyn. and obst.* 1891-152).

Landerer L. — Sur les métastases des kystes carcinomateux (*Zeit. für geb. und gyn.* 1894, p. 423).

Lean M. — Case of double ovarian papillomatous cyst (*N. Y. J. of gyn. and obst.* 1892, 250).

Le Dentu. — Kysto-fibrome végétant-appendu à l'extrémité externe du ligament tubo-ovarien et à la grande frange du pavillon de la trompe (*Bull. Acad. Méd.* 1890, 2^e série XXIII, 444).

Lee C. C. — Papilloma of the ovary (*N. Y. Med journal*, 1880 p. 403).

Léopold. — Fréquence et traitement des tumeurs malignes de l'ovaire (*Deutsch. Med. Wochens.* 1887) et in *idem* (1888, n° 4, p. 61).

Lerch H. — Diagnostic et traitement des tumeurs carcinomateuses de l'ovaire (*Arch. f. gyn.* XXXIV-3).

Lœhleln. — Dégénérescence maligne d'un kyste papillaire de l'ovaire (*Berlin Klin. Wochens.* 1881, n° 49 p. 783).

Lomer. — Papillome bilatéral — Ascite et infection péritonéale — Opération — Guérison durable (*Centr. für gyn.* n° 52 1889).

Ludlam. — R. Cauliflower dégénération of the ovary with a large ascitic deposit (*Clin. Chicago* 1891, XII, 61-63).

Malassez et de Sinety, (*Archiv. physiol.* 1879 p. 647 et suivants, in *id.* p. 867).

Malcolm. — Papillomatous ovarian cystoma, removed after double ovariotomy fifteen years previously (*Tr. obst. Soc. London* 1894, p. 36).

Martin. — Papillomes ovariens (*Berlin. Klin. Wochens.* Juin 1882).

Michaux. — Récidive cancéreuse dans la cicatrice abdominale d'une ovariotomie pratiquée 4 ans auparavant (*Bull. Mém. Soc. Chir.* 1890, 819-824).

Munde. — Papillome de l'ovaire avec papillomes secondaires du péritoine (*N. Y. obs. Soc.* 1887, p. 1187).

Nagel. — W. Beitrag zur genese der Epithelialen Eierstocksgeschwulste (*Archiv. für gyn* 1888, 1-26).

Netzel. — Des kystes papillaires et des papillomes de l'ovaire (*Hygiea Stockholm* 1887, 151-167).

Oliver. — Primary cancer of the left. ovary resulting rapidly in extensive desorganisation and death (*Brit. Méd. J.* 1891 VII p. 597).

Olshausen. — Maladies des ovaires 1887.

Paton S. — Superficial papilloma of the ovary (*N. Y. Med. Journal* 1892, 312-314).

Pestalozza. — Contribution au diagnostic des papillomes de l'ovaire (*Giorn. internaz. a. sc. Med. Naples*, 1888, p. 286-296).

Pfannenstiel. — Die genese der Flimmer-epithelial. geschwulste des Eierstocks (*Arch. f. gyn.* XL, 363-397).

Pfannenstiel. — Ueber die malignität der papillären ovarien geschwulste (*Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. gyn.* Leipsig 1873, p. 357-369).

Pfannenstiel. — Ueber die papillären geschwultze des Eierstocks, anatomische and klinische untersuchungen zur klärung der frage ihrer malignität (*Archiv. f. gyn.* 507-606).

Poupinel. — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire (*Th. Paris* 1886).

Poupinel. — Des tumeurs mixtes de l'ovaire (*Arch. de phys. norm. et pathol.* 1887, 394-436).

Poupinel. — Epithélioma kystique multiloculaire végétant de l'ovaire gauche. Ovariectomie guérison — Epithélioma du sein récidivant deux fois après ablation totale généralisation de cancer au péritoine et probablement à la plèvre. Mort. (*Ann. gyn. et obst.* 1890, XXXIII, 34-51.)

Playfair. — Hemotocele consécutive à une tumeur végétante de l'ovaire. (*Trans. obst. Soc. Lond.* 1887-Vol-XXVI.)

Pozzi. — Traité de Gynécologie, 1890, p. 696 et suivants.

Quénu. — Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire (*Th. Paris*, 1890).

Quénu. — De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire (*Rev. de Chir.*, 1887, VII, 543).

Quénu. — Tumeurs végétantes des deux ovaires. De l'ascite dans les tumeurs abdominales (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1886, XI, p. 720-729).

Sébileau. — Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital de la femme (*Thèse, Paris*, 1889).

Scheele E. — Ueber zwei ovariectomier bei bösartigen Neubildungen der ovarium (carcinoma und papilloma ovarii) (*Strasbourg*, 1889, in-8°).

Schröder. — Mal. org. génit. de la femme, 1890, et *Cent. f. gyn.*, 1888.

Simpson A. R. — Cancer in relation to proliferating cyst (*Edimbourg Hospital Report*, 1894, 641-651).

Sinety (de). — De l'existence de cellules épithéliales à cils vibratiles à la surface de l'ovaire normal de la femme (*Gaz. Med. Paris*, IV, 12).

Smith Pye. — Papillomatous tumour of both ovaries (*Tr. Path. Soc. London*, 1892, III, 417).

Steffeck. — Zur entstehung der Epithelialen-Eierstock-Geschwülte (*Zeit. für geb. und gyn.* XIX, 2).

Stewart A. — Papillomatous tumour of each ovary completely fused in one mass, short double indirect utérine connection. Slow growth. Uterine enlargement. Difficulty of diagnostic. Double ovariectomy (*Liverpool, Med. and surg. J.*, 1893, 452-455).

Stratz. — Histogénèse des tumeurs épithéliales de l'ovaire (*Zeit f. geburt. und gyn.* XXVI, 4).

Sutton B. — (*Tr. obst. Soc. London*, 1886).

Terrier. — Kystes végétants des deux ovaires. Ascite. Ablation des deux tumeurs. Pleurésie. Abscess du petit bassin. Guérison. Persistance des règles (*Union Med.*, 1887, XLV, 5-10). Voir aussi (*Bull. Mem. Soc. Chir.*, 1885, p. 872). *Rev. Chir.*, 1889, p. 805.

Terrillon. — Kystes papillomateux des deux ovaires avec ascite. Ablation par la laparatomie (*Bull. et Mem. Soc. Obst. et gyn.*, 1890, p. 93-95).

Teilhaber. — Papillares ovarialkystom, zahlreiche Wucherungen auf der darmserosa. Heilung nach exstirpation des kystoms. (*München Med. Wochens*, 1895, 286).

Thornton J. K. — Fungating papillomata of both ovaries, 1887 (*Tr. obst. Soc. London*, XXVIII, 38-40), voir aussi *Med. Times and Gaz.*, 1881, Vol. 4, p. 243 et 673).

Tresfort. — Kyste de l'ovaire. Productions sarcomateuses végétantes au niveau des parois (*Bull. Soc. Anat.*, 1874, p. 568).

Tuttle. — Papilloma of the ovaries (*Americ. J. of obst.* 1891, p. 236).

Von Velits. — Beitrag zur histologie und genese der flimmer-papillarkystomen der Eirstocks (*Zeits f. geb. und gyn.*, 1889, XVII, 232-278).

Vanhenversmyn. — Cancer des deux ovaires, ascite considérable à liquide d'abord hématique, aspect mélanique du péritoine (*Bull. Soc. anat. de Lille*, 1887, 198-204).

Wacquez. — Tumeurs végétantes de l'ovaire, 1890 (*Th. Paris*, n. 470).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	1
ANATOMIE PATHOLOGIQUE. HISTOGÉNÈSE.....	5
DISCUSSION. PRONOSTIC.....	23
TRAITEMENT. INDICATIONS.....	28
OBSERVATIONS.....	32
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	117

Vu, le Doyen
BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse
LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

